

Univerzita Karlova v Praze

Filozofická fakulta

Katedra sociologie



Diplomová práce

Veronika Nováková

Organizační kultura zdravotnického zařízení: případová studie

Organizational culture in healthcare organization: a case study

Praha 2012

Vedoucí práce: Mgr. Dana Mudd, Ph.D.

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucí mé diplomové práce paní Mgr. Daně Mudd, Ph.D. za cenné připomínky a podporu při vypracovávání diplomové práce. Dále Mgr. Zuzaně Podané a PhDr. Jiřímu Trundovi za odborné rady a vstřícné jednání. Velké poděkování patří i mé rodině, která mi jako vždy byla nenahraditelnou oporou.

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 16. 8. 2012

.....

Veronika Nováková

Abstrakt:

Tématem této diplomové práce je „Organizační kultura zdravotnického zařízení: případová studie“. V teoretické části se zaměřuje na představení základních definic, pojmů a aspektů souvisejících s organizační kulturou. Dále rozebírá problematiku diagnostiky organizační kultury a uvádí specifika, která se vážou k organizační kultuře ve zdravotnických zařízeních. Empirická část diplomové práce se zabývá diagnózou organizační kultury v české nemocnici, provedenou pomocí modifikovaného nástroje OCAI, jehož teoretickým základem je „Model soupeřících hodnot“ R. E. Quinna a J. Rohrbaugha.

Klíčová slova:

Organizační kultura, Model soupeřících hodnot, zdravotnictví

Abstrakt:

The topic of the thesis is „Organizational culture in healthcare organization: a case study“. In the theoretical part of the thesis basic definitions, terms and aspects associated with organizational culture are introduced. Further the thesis deals with diagnostic issues of organizational culture and presents specific factors related to the organizational culture in medical facilities. The empirical part deals with diagnose of organizational culture in the Czech hospital, using modified instrument for measuring organizational OCAI, based on the Competing Values Framework developed by R. E. Quinn and J. Rohrbaugh.

Keywords:

Organizational culture, the Competing Values Framework, healthcare

Obsah

Seznam použitých zkratk:	8
Úvod	9
1. Pojem organizační kultura a jeho historie	11
1.1 Přístupy organizační teorie k organizační kultuře	12
2. Definice organizační kultury	14
2.1. Struktura organizační kultury	14
3. Subkultury a síla organizační kultury	17
4. Diagnostika organizační kultury	21
4. 1. Přehled metod k diagnostice organizační kultury	24
4. 1. 1. Kvalitativní metody diagnostiky	24
4. 1. 2. Kvantitativní metody diagnostiky	26
4. 2. Přehled existujících nástrojů pro měření organizační kultury	26
4. 2. 1. Přehled vhodných nástrojů pro měření organizační kultury ve zdravotnictví	31
5. „Model soupeřících hodnot“ – Competing Values Framework	38
5. 1. Čtyři kulturní typy podle CVF	41
5. 2. Definice, měřitelnost a dimenze organizační kultury podle CVF	43
5. 2. 1. Definice kultury	43
5. 2. 2. Měřitelnost kultury	44
5. 2. 3. Dimenze kultury	44
6. OCAI	45
6. 1. Metody skórování	48
6. 2. Reliabilita a validita OCAI	48
6. 2. 1. Reliabilita	48
6. 2. 2. Validita	49
7. Organizační kultura ve zdravotnictví	51
8. Přehled o stavu a vývoji zdravotnictví v posledních letech	53

9. Diagnostika organizační kultury zdravotnického zařízení – empirická studie	58
9. 1. Východiska empirické studie.....	58
9. 2. Předmět a cíle.....	60
9.3. Metoda výběru, sběru dat, objekt výzkumu.....	60
9.4. Výzkumný nástroj.....	61
9. 5. Základní charakteristiky respondentů	62
9. 6. Analýza organizační kultury Nemocnice.....	66
9. 6. 1. Faktorová analýza	66
9. 6. 2. Reliability výzkumného nástroje	68
9. 6. 3. Analýza dat – třídění prvního stupně.....	69
9. 6. 4. Analýza dat – sestavení profilu organizační kultury	71
Shrnutí.....	78
9. 6. 6. Protože kvantita není vše aneb kvalitativní pohled na zkoumané subjekty.....	79
Shrnutí.....	83
6. 7. Návrhy a doporučení.....	84
6. 8. Limity studie	85
Závěr	87
Seznam použité literatury	89
Přílohy:.....	96

Seznam použitých zkratek:

OCAI	Organizational Culture Assessment Instrument
CVF	Competing Values Framework
TQM	Total Quality Management

Úvod

Většina současné odborné literatury udává, že úspěšné firmy jsou charakterizovány určitými, přesně definovanými, vnějšími podmínkami, mezi které patří: vysoké bariéry pro vstup na trh, nenahraditelnost produktu firmy, vysoký podíl na trhu, zákazníci a dodavatelé s malou vyjednávací silou, rivalita mezi konkurenty nebo výjimečnost nabízeného produktu (Barney, 1995, podle Cameron, 2004). Přestože se všem těmto faktorům nedá popřít jejich podíl na úspěchu některých firem, za povšimnutí stojí fakt, že ty nejúspěšnější americké podniky za posledních 20 let (Southwest Airlines, Wal-Mart, Tyson Foods, Circuit City a Plenum Publishing) žádné ze zmíněných konkurenčních výhod neměly (Cameron, 2004, s. 2). Co odlišovalo tyto výjimečně úspěšné podniky od ostatních? Jak mohly uspět, když jiní to nedokázali?

Hlavním odlišujícím prvkem firem, jejich nejdůležitější konkurenční výhodou a hlavním faktorem označovaným všemi podniky za klíčovou složku jejich úspěchu je organizační kultura. U zrodu kultury povětšinou stojí zakladatel podniku a je soustavně rozvíjena manažery podniku s cílem systematicky rozvíjet výkon organizace. Až na malé výjimky, má prakticky každá významná firma svou specifickou, jasně rozpoznatelnou organizační kulturu. Použijeme-li slova Edgara Scheina je „*kultura pro skupinu to, co je osobnost pro jednotlivce*“ (Schein, 1990, s. 8). Kultura dává organizacím vlastní identitu a skrze základní předpoklady, postoje, hodnoty, normy, zvyky, legendy, rituály a jazyk určuje „jakým způsobem se u nás věci dělají“.

V posledních letech je v zahraniční literatuře organizační kultura považována za významný prvek i v oblasti zkvalitnění péče a poskytovaných služeb ve zdravotnickém prostředí. Je zřejmé, že organizační kultura stále patří mezi aktuální témata a týká se nejen soukromých podniků komerčního prostředí, ale i organizací veřejného sektoru. Nabídka podílet se na realizaci výzkumného šetření v jedné z největších nemocnic v Česku podnítila nápad uskutečnit v rámci výzkumného šetření studii o organizační kultuře, která by mohla přinést další zajímavé informace o prostředí zkoumané nemocnice.

Struktura práce

Diplomová práce je rozdělena na dvě části: teoretickou a empirickou.

Teoretická část se zabývá historií pojmu organizační kultura a jeho rozšířením z prostředí antropologie do oblasti managementu a řízení organizací. Představeny jsou dále dva základní přístupy organizační teorie k organizační kultuře.

Druhou kapitolu věnující se definici pojmu organizační kultury (která je jedním z nutných východisek především při zkoumání organizační kultury) následuje kapitola o struktuře pojmu do tří rovin tvořených prvky organizační kultury a kapitola o síle organizační kultury a subkulturách, jejichž výskytem jsou zdravotnické instituce známé.

Dalším velkým tématem teoretické části je problematika diagnostiky organizační kultury. Představeny jsou základní kvantitativní a kvalitativní metody diagnostiky a popsány jejich silné stránky i nevýhody. Pro úplnost oddílu o diagnostice organizační kultury je v následující kapitole připojen přehled existujících výzkumných nástrojů využívaných k diagnostice organizační kultury. Vzhledem k cíli diplomové práce aplikovat výzkum ve zdravotnickém prostředí je detailněji popsáno 13 výzkumných nástrojů, které jsou vhodné pro použití v oblasti zdravotnictví. Předposlední kapitola teoretické části je věnována podrobnějšímu popisu modelu CVF a nástroji OCAI, na jejichž základě byl proveden výzkum organizační kultury prezentovaný v empirické části. Závěr teoretického oddílu tvoří kapitola o specifikách organizační kultury ve zdravotnictví a kapitola o stavu českého zdravotnictví, která nastiňuje důležité pozadí realizovaného výzkumu.

Empirická část diplomové práce představuje výsledky měření organizační kultury české nemocnice za použití modifikovaného nástroje OCAI. Po představení základních výzkumných aspektů (předmětu a cíle, výzkumného nástroje, objektu výzkumu atp.) jsou uvedeny výsledky kvantitativních analýz, v podobě sestavených profilů organizační kultury nemocnice, doplněné o kvantitativní postřehy získané během sběru dat v nemocnici. V závěru empirické části jsou formulovány návrhy a doporučení na základě zjištěných výsledků. Připojena je i diskuse o limitách provedené studie.

1. Pojem organizační kultura a jeho historie

Pojmem „kultura“ se začali zabývat antropologové před více než sto lety (Schein, 1999). Z prostředí antropologie do kontextu managementu organizací se dostává ve Spojených státech už v průběhu šedesátých let. Termín byl používán například Blakem a Mounotonovou, ale spíše jako synonymum pro to, co jiní označovali jako klima (Hofstede, 1990). Pojem „organizační kultura“¹ vstupuje do americké akademické literatury v roce 1979, kdy Andrew Pettigrew publikoval článek věnovaný kultuře organizace („On Studying Organizational Culture“) v časopise *Administrative Science Quarterly*. Skutečně populárním tématem se stal až v letech osmdesátých. Během tohoto období vyšlo mnoho úspěšných publikací, které z pojmu „organizační kultura“ udělaly rozhodující proměnnou v otázce řízení výkonu organizace. Mezi nejvlivnější patřily knihy *In Search of Excellence: Lessons from America's Best Run Companies* (1982) od Peretse a Watermana (1982), *Corporate Cultures: The Rites and Rituals of Corporate Life* od Deala a Kennedyho (1982), *Theory Z: How American Buiness Can Meet the Japanese Challenge* od Ouchiho (1981) a *The Art of Japanese Management: Applications for American Executives* od Pascala a Athose (1982).

Jedním z impulzů, proč se organizační teoretici zaměřili na kulturní aspekty organizací, byl „japonský ekonomický zázrak“. Zatímco se Evropa po druhé světové válce ekonomicky vzpamatovávala, Amerika prožívala obrovský hospodářský rozvoj. Po příchodu naftové krize a japonské konkurence se iluze jedinečnosti amerického způsobu řízení rozplynula a efektivnost západních manažerských technik byla podrobena mnoha otázkám. Všechny čtyři výše zmiňované knihy považovaly organizační kulturu a její řízení za klíčový aspekt organizační výkonnosti a zvýšení konkurenceschopnosti. Nabízely zoufalým americkým podnikatelům pragmatický návod, jak se vyrovnat vzrůstající japonské konkurenci, a staly se tak doslova bestsellery. Díky nim přichází v oblasti organizační teorie revoluční vlna, jejíž hlavním heslem je: „vraťme se k základním zásadám“ - k lidem (Orlík, 1988).

Myšlenkový proud, na který se výzkumní pracovníci v sedmdesátých letech napojovali, zahájili už koncem třicátých let Elton Mayo a Chester Barnard z Harvardu (Orlík, 1988). Oba zpochybnili myšlenky formulované Maxem Weberem, který odmítl důležitost charismatického vůdcovství a vzhlížel k byrokracii, jejíž neosobní forma založená na jasných

¹ Čeští autoři označují kulturu organizace jako kulturu organizační, kulturu podnikovou a kulturu firemní. (např. Pfeifer a Umlaufová, 1993, Bedrnová a Nový, 1994, Nový a kol., 1996 a další). V anglicky psané literatuře jsou analogicky používány pojmy organizational culture, corporate culture a company culture. Obsah těchto pojmů je však identický a jedná se tedy o synonyma.

pravidlech byla jediným způsobem, jak organizaci zajistit dlouhodobé přežití. Stejně tak nesouhlasili s teorií Fredericka Taylora, který věřil, že se z řízení podniku dá udělat exaktní věda. Mayo vstoupil do dějin díky poznatkům z výzkumu v továrně společnosti Western Electric's v městečku Hawthorne (odtud tzv. Hawthornské studie), když objevil, že produktivita dělníků nezáleží na pracovních podmínkách tolik jako na pocitu, že je jim věnovaná pozornost. Barnard zase došel k názoru, že dobří řídicí pracovníci formulují a usměrňují hodnoty v organizaci a zabývají se přitom neformálními společenskými aspekty organizace (Barnard, 1938).

Odklon od funkčních a technických („tvrdých“) aspektů řízení organizace k interpersonálním vztahům a symbolickým („měkkým“) aspektům řízení se odráží právě v důrazu na organizační kulturu.

Po druhé světové válce se tématu kultury věnuje už řada odborníků z nejrůznějších vědních disciplín. Behaviorální ekonomové (Cyert a March, 1963), industriální sociologové (Selznick, 1957), organizační psychologové (Schein 1985a, b) a další (Allaire a Firsirotu 1984), ti všichni zdůrazňují význam kultury při formování organizačního chování a tím i ekonomického výkonu.

1.1 Přístupy organizační teorie k organizační kultuře

Literaturu, která se zabývá organizační kulturou, můžeme obvykle rozlišit do dvou proudů (Smircich, 1983). První proud, tzv. interpretativní přístup, chápe kulturu jako *metaforu*. Kultura je něco, čím organizace *je*. Organizaci pojímá jako systém sdílených významů (souhrn idejí, vizí, názorů, hodnot, postojů a norem), utvářený členy organizace v sociálních interakcích, skrze které je také reprodukován (Lukášová, 2010). Zastánci interpretativního přístupu vidí v kultuře cestu k pochopení lidské stránky fungování organizace z antropologického hlediska. Tento pohled na kulturu organizace nepřipouští příliš možnost ovlivňovat formu žádoucí kultury. Postmoderní přístupy k organizační kultuře dokonce polemizují o samotném pojmu organizace a její kultuře jako o konkrétních entitách (Mannion, 2005). Jiné přístupy naopak tvrdí, že organizační kultura je vágní pojem, který je definován spíše tím, co není, než tím, co vlastně je. Zůstává tak nevysvětlenou „všehochutí“, která má jen velmi malou pragmatickou hodnotu (Ormrod, 2003).

Druhý proud, takzvaný objektivistický přístup, nahlíží na kulturu jako na *atribut*, tedy na něco co organizace *má* (jako například strukturu, nebo strategii). Podle objektivistického přístupu je kultura nezávislou proměnnou, kterou je možné aktivně řídit a tím ovlivňovat výkonnost a

fungování celé organizace. Většina populární manažerské literatury přijímá právě tento přístup k organizační kultuře (například Peters a Waterman, 1982). Základní rozdíly mezi dvěma hlavními přístupy nastiňuje tabulka 1.

Tabulka 1: Porovnání „kultury jako atributu“ a „kultury jako metafory“

	Kultura jako atribut	Kultura jako metafora
<i>Základní disciplína</i>	Sociální psychologie	Antropologie
<i>Epistemologické předpoklady</i>	Pozitivistické	Fenomenologické
<i>Metodologie</i>	Nomotetická	Ideografická
<i>Teorie kulturní koheze</i>	Jednotná kultura	Koexistující subkultury
<i>Teorie organizačního řádu</i>	Konsenzus	Konflikt
<i>Utváření a předávání kultury</i>	Formována a řízena jednáním seniorních zaměstnanců změnami artefaktů a základní ideologie	Reprodukována všemi členy organizace skrze jejich sociální interakce
<i>Aktéři kulturní změny</i>	Seniorní management nastavuje kulturu tak, aby podporovala cíle organizace	Všichni členové organizace usilují o kulturní směřování organizace

Zdroj: Mannion, 2005, s. 20

2. Definice organizační kultury

Organizační kultura je sama o sobě velmi složitým a komplexním fenoménem. Je studována celou řadou vědních disciplín, které se liší svým předmětem i metodou práce. Není tedy divu, že mezi odborníky nenajdeme jednoznačnou shodu o přesné definici organizační kultury. Zaměřují se buď na určité funkce organizační kultury, nebo se uchylují k výčtu strukturálních elementů organizační kultury. V literatuře najdeme přemíru definic organizační kultury (Ott, 1989, Alvesson, 1995, Brown 1995). Kroeber a Kluckhohn (1952 podle Cameron, 2004) jich identifikovali dokonce přes 150. Bylo by tedy problematické se snažit konkrétně představit i jen menšinu z nich.

Většina z těchto definic však připouští, že organizační kultura je sociálním konstruktem, který je tvořen základními předpoklady, hodnotami, postoji a normami chování, které se projevují v myšlení a chování členů organizace a v materiálních i nemateriálních artefaktech (Lukášová, 2010). Z tohoto důvodu považuji za nejvýstižnější definici, kterou formuloval Edgar Schein (1990, s. 9): *Organizační kultura je „vzorec sdílených základních předpokladů, které si skupina osvojila při řešení problémů externí adaptace a interní integrace a které se natolik osvědčily, že jsou považovány za platné a jsou předávány novým členům organizace jako způsob vnímání, myšlení a cítění, který je ve vztahu k těmto problémům správný“.*

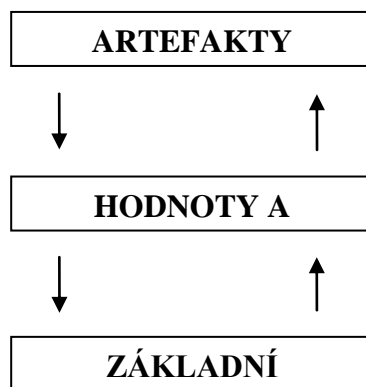
To co tedy skutečně odlišuje jednu kulturu od druhé, je rozmanitost a rozsáhlost skrytých znalostí (tacit knowledge) – znalostí, kterým členové organizace rozumějí, ačkoliv si tuto znalost neuvědomují. Z tohoto důvodu je k pochopení kultury nutné porozumět nejen pozorovatelnému v sociálním životě, ale i kognitivním a symbolickým kontextům uvnitř organizace (Mannion, 2005).

2.1. Struktura organizační kultury

Přes všechny spory ohledně definice organizační kultury se většina odborníků shodne alespoň na tom, že kultura je fenomén strukturovaný. V současnosti k nejznámějším a nejcitovanějším modelům strukturujícím prvky organizační kultury patří model organizační kultury E. Scheina (Lukášová, 2010, Mannion, 2005). Schein strukturuje organizační kulturu do tří, hierarchicky uspořádaných rovin (Schein, 1990, s. 13). Úrovně organizační kultury rozlišuje na základě toho, do jaké míry jsou jednotlivé projevy kultury manifestovány navenek, nakolik jsou viditelné pro vnějšího pozorovatele nebo ovlivnitelné managementem organizace. Rozeznává úroveň základních předpokladů, úroveň hodnot, pravidel a norem chování a úroveň artefaktů. Odborné práce zabývající se kulturní změnou uvádějí, že zatímco úroveň artefaktů je relativně

ohledná podle potřebných záměrů, hlubší předpoklady mohou zůstat nezměněny nebo mohou popírat, zpomalovat či dokonce obrátit směr zamýšlených změn (Jones a Dewing, 1997, Harris a Ogbonna, 2002, podle Mannion, 2005, s. 19)

Obrázek 1: Scheinův model organizační kultury



Zdroj: Schein, 2004, s. 14, upraveno

Artefakty jsou nejsvrchnější rovinou v Scheinově modelu. Jde o vědomé, cíleně ovlivňované symboly, které lze snadno pozorovat a popisovat. Jejich interpretace může být komplikovaná, neboť artefakty v sobě odrážejí obě hlubší kulturní úrovně, jejichž výklad nemusí být vždy jednoznačný. Do této roviny řadíme jazyk, technologie a produkty, formy společenského styku, mýty a historky, rituály a ceremoniály, oblečení, logo atd. (Schein, 1990, s. 14). V prostředí zdravotnictví můžeme do této úrovně řadit odívání lékařů (bílý lékařský plášť) nebo standardy chodu zdravotnického zařízení (rozpisy lékařů, zaučování mediků staršími lékaři atp.) (Mannion, 2005).

Zastávané hodnoty, pravidla a normy chování jsou částečně vědomá, částečně zvnějšku pozorovatelná a do jisté míry organizací ovlivnitelná rovina. Jsou produktem podnikové ideologie, stanovených zásad a pravidel jednání (Šigut, 2004, s. 39). Vznikají buď spontánně jako neformální sociální normy nebo zcela záměrně, jako charakteristiky pozic a rolí, tvořící vnitřní uspořádání organizace (Nový, 1996, s. 28). Podle Scheina je zdrojem pro vznik hodnot úspěšná řešení určité situace určitým způsobem. Další hodnoty mohou být přijaty prostřednictvím tzv. sociální validace, kterou Schein vysvětluje jako sdílenou zkušenost, jejíž funkčnost, určenou mírou úzkosti či pohody, je dána členy skupiny, kteří se těmito hodnotami řídí (Lukášová, Nový, 2004, s. 27). Veškeré lékařské profese například

podléhají Hypokritově přísaze, která staví individuální potřeby pacienta nad širší ekonomické a korporální cíle (Mannion, 2005).

Základní předpoklady tvoří podle Scheina jádro kultury. Představují nejhlubší, neuvědomovanou rovinu, neboť zahrnují nevědomé, pro příslušníky kultury zcela samozřejmé názory a myšlenky. Síla kultury skupiny pramení z toho, že předpoklady jsou sdíleny a vzájemně posilovány, proto změna kultury, která by znamenala narušení zafixovaných významů, je extrémně obtížná. Zdrojem vzniku základních předpokladů je opakovaná funkčnost určitého způsobu řešení problémů. Hypotézy se tak pro nás stávají realitou. Soubor sdílených základních předpokladů nám definuje, čemu budeme ve skupině věnovat pozornost, jak budeme události interpretovat, emocionálně na ně reagovat a jakým způsobem se v určité situaci pravděpodobně zachováme (Lukášová, Nový, 2004, s. 27) Schein rozlišuje 3 základní oblasti, kterých se základní předpoklady týkají. Jde o předpoklady vztahující se k vnější adaptaci, předpoklady vztahující se k vnitřní integraci a předpoklady týkající se hlubších filozofických a etických souvislostí.

- Předpoklady vztahující se k vnější adaptaci představují konsenzus v otázkách cílů, kterých chce organizace dosáhnout, jejich strategie a nástrojů, pomocí kterých chce cílů dosáhnout. Předpoklady této oblasti jsou v rukou především leaderů organizace.
- Předpoklady vztahující se k vnitřní integraci zahrnují předpoklady týkající se jazyka a chápání obsahu důležitých pojmů, předpoklady týkající se kritérií členství ve skupině, předpoklady týkající se statusu a distribuce moci v organizaci, předpoklady týkající se odměn a trestů, předpoklady o „ideologii“ organizace aj.
- Předpoklady týkající se hlubších filozofických a etických otázek zahrnují vztahy k okolnímu světu, představy o povaze a charakteru člověka, úvahy o příčinách jednání lidí a mezilidských vztazích, o tom, kdo je nositelem pravdy či spravedlnosti (Šigut, 2004, s. 39)

Příkladem z oblasti zdravotnictví může být lékařský výzkum, který je tradičně založen na racionálních vědeckých metodách (upřednostňovány jsou kontrolované pokusy namísto kvalitativních či interpretativních metod), které jsou základem generování a shromažďování vědění. Základní předpoklady o měřitelnosti, agregaci a přenosnosti vědění jsou tak hluboce zakořeněny ve zdravotní péči (Mannion, 2005, s. 19)

3. Subkultury a síla organizační kultury

Podle míry vlivy kultury na člena organizace můžeme kulturu dělit na silnou a slabou. Jako silná je označována kultura založená na široce sdílených předpokladech, hodnotách, normách a vzorcích chování. To znamená, že většina členů organizace považuje dané standardy za samozřejmé a srozumitelné a nesnaží se je zpochybňovat (Tureckiová, 2009). Vytváří soulad ve vnímání a myšlení členů organizace, usměrňuje jejich chování a utváří sdílení společných hodnot a cílů. Silná podniková kultura pak může být přirovnána k určitému společnému paradigmatu (Nový a kol., 1996, s. 31), které harmonizuje organizaci, usnadňuje její koordinaci, kontrolu, podporuje efektivnost a výkonnost organizace a motivuje pracovníky. Vedle pozitiv s sebou nese silná organizační kultura i některá negativa. Může vést k fixaci na minulou zkušenost a tím k uzavřenosti organizace vůči vnějšímu prostředí. Další nevýhodou by mohlo být kladení důrazu na jednotnost myšlení a nepodporování případné nutné změny v organizaci (Lukášová, Nový, 2004).

Obrázek 2: Přednosti a nedostatky silné organizační kultury

SILNÁ ORGANIZAČNÍ KULTURA	
Přednosti	Nedostatky
Jasný a přehledný pohled na organizaci	Tendence k uzavřenosti firemního systému
Přímá a jednoznačná komunikace	Trvání na tradicích a nedostatek flexibility
Rychlé nalezení řešení a rozhodnutí	Blokace nových strategií
Málo formálních kontrolních postupů (nižší nároky na kontrolu)	Vynucování konformity za každou cenu
Vysoká jistota a důvěra spolupracovníků	Složitá adaptace nových spolupracovníků
Vysoká motivace	
Nízká fluktuace	
Značná identifikace s organizací a loajalita	

Zdroj: Bedrnová, E., Nový, I. a kol: Psychologie a sociologie řízení, 2009, str. 440

Ve slabé organizační kultuře jsou společné předpoklady, hodnoty a normy chování sdíleny členy organizace jen v malé míře. Chování jedinců v organizaci je pak z větší míry ovlivňováno jejich osobními hodnotami a normami.

Měřítkem síly kultury v organizaci může být i existence subkultur (Tureckiová, 2009, s. 77). Organizace jsou jen zřídka kulturně zcela jednotné (Martin, 1992). Podle míry koherence v kultuře organizace můžeme rozlišovat kultury integrované, diferencované a fragmentované (tabulka 2).

Tabulka 2: Shodnosti a odlišnosti v organizační kultuře

Integrované: Jako integrované se označují kultury, jejichž základní předpoklady, hodnoty a normy jsou ve shodě napříč organizací. Tento typ kultury je spíše aspirací, než reálnou podobou kultury organizace.
Diferencované: Pokud v organizaci několik skupin zastává odlišné a často protichůdné hodnoty a normy, jsou označovány jako diferencované. Důsledkem může být vznik konfliktních subkultur. V oblasti zdravotnictví je výskyt takovýchto skupin zcela běžný. „Proti sobě“ zde stojí medicínské, pečovatelské, administrativní a manažerské skupiny.
Fragmentované: Extrémním typem diferencované kultury je kultura fragmentovaná. V tomto typu kultury jsou odlišnosti tak rozsáhlé, že napříč kulturou neexistuje konsensus ani jednotné normy. Odlišnosti jsou dokonce patrné i uvnitř jednotlivých skupin. Organizace jsou charakteristické často se měnící loajalitou a „spojenectvími“, značnou nejistotou, dvojznačností a nepředvídatelností.

Zdroj: Manionn, 2005, s. 30

Strukturováním organizace vznikají dílčí jednotky, ve kterých se utváří relativně samostatné kultury, označované jako subkultury. Subkultura je definována jako „kultura dílčí skupiny, která se více nebo méně odlišuje od převládající, většinové a „oficiální“ kultury“ (Jandourek, 2001, s. 243). Vznik subkultur v rámci organizace je zcela přirozeným jevem jejich vývoje. Různá oddělení v jedné organizaci často inklinují k různým typům kultury. Odlišnost oddělení může být dána funkční nebo profesní specializací útvarů, organizační hierarchií, nebo prostorovou vzdáleností jednotek v organizaci. K rozvoji subkultur přispívají i věk, pohlaví a další osobní charakteristiky členů organizace. Rozdíly v rámci kultur, ale i subkultur vycházejí také z odlišných kulturních znalostí jednotlivců, tj. z odlišného zázemí, výchovy a společenských kontextů (Brooks, 2003).

Nejčastěji mají předpoklady ke vzniku subkultur velké, diferencovanější organizační struktury a organizace se slabou organizační strukturou (například nově vzniklé a rozvíjející se organizace). Subkultury mohou existovat i v silných kulturách, kde si dominantní kultura

organizace zachovává roli sjednocujícího činitele a subkultury s ní nejsou zcela v rozporu (Lukášová, Nový, 2004). Zdravá míra neshod mezi subkulturami v silné kultuře přináší nové úhly pohledu a vyvažuje protichůdné tendence v systému organizace (zdravotnictví je v tomto ohledu typickým příkladem: Harrison et al., 1992, Harrison and Nutley, 1996). Vystává tak otázka, do jaké míry je pro danou organizaci žádoucí usilovat o jednotnou a integrovanou podobu organizační kultury.

I když jsou subkultury v rámci organizace něčím unikátním, nikdy nejsou zcela nezávislé. Stále jsou součástí kultury organizace, ve které existují. Přes významnou odlišnost subkultury od kultury organizace obsahují tyto subkultury vedle svých specifických elementů i klíčové elementy kultury většinové. Stejně tak se mohou v jistých attributech lišit dvě různé subkultury, zatímco se v jiných klíčových attributech shodují (Harrison et al., 1992, Harrison a Nutley, 1996). Názorným příkladem mohou být odlišnosti v mnoha kulturních dimenzích lékařů na jedné straně a manažerů ve zdravotnictví na straně druhé (tabulka 3), přestože obě tyto skupiny sdílejí specifika kultury ve zdravotnictví (Harrison et al., 1989).

Tabulka 3: Rozdíly kultur manažerů a lékařů

	Manažerská	Zdravotnická
<i>Struktura</i>	hierarchická	kolegiální
<i>Skupinová loajalita</i>	nízká	vysoká
<i>Jistota zaměstnání</i>	nízká/střední	vysoká
<i>Základní vědní disciplína</i>	sociální vědy	přírodní vědy
<i>Vypovídací hodnota</i>	případové studie v organizacích	klinické studie na pacientech
<i>Zaměření</i>	pacienti jako skupiny	pacienti jako individua
<i>Schopnosti a dovednosti</i>	manažerské/lidské vztahy	biomedicínské/technické
<i>Loajalita</i>	organizační/korporátní cíle	pacient/profesionál
<i>Obezřetnost</i>	nízká - pravidla/procedury	vysoká - klinická svoboda
<i>Měřítko úspěchu</i>	efektivita	účinnost
<i>Zaměření kvality</i>	kvalita hodnocená zákazníkem	technická kvalita
<i>Hodnocení práce</i>	veřejné	důvěrné
<i>Profesionální status</i>	vznikající	zavedený
<i>Sociální status</i>	střední	vysoký
<i>Důvěra veřejnosti</i>	nízká	vysoká - ale zranitelná

Zdroj: Davies et al., 2000 (podle Mannion, 2005, s. 32)

Možné způsoby, jak řídit kulturní rozmanitost organizace klasifikovali do typologie Chlid a Faulkner (1998). První dimenze modelu je tvořena rozhodnutím, zda se management organizace bude snažit o vyváženost všech subkultur organizace, nebo připustí dominanci jedné z nich. Druhou dimenzi tvoří rozhodnutí, zda usilovat o sjednocení subkultur, nebo je ponechat „oddělené“. Kombinací těchto dimenzí vznikají čtyři různé přístupy pro řízení rozmanitosti organizační kultury: synergie, dominance, segregace a rozpad (tabulka 3). První tři přístupy představují základ pro nastavení odpovídající kultury organizace, zatímco čtvrtý může vést k tomu, že organizaci spíše uškodíme.

Tabulka 4: Typologie řízení kulturní rozmanitosti

		Sjednocení subkultur?	
		ANO	NE
Dominance jedné ze subkultur?	NE	<p>Synergie</p> <p>Cílem je sjednotit kultury obou skupin (se snahou co nejvíce vyhovět oběma skupinám) tak, aby výsledná kombinace elementů přinášela víc než prostý součet těchto elementů. Příkladem může být propojení medicinských a manažerských dovedností u vedoucích zdravotních pracovníků (primářů a přednostů)</p>	<p>Segregace</p> <p>Záměrem tohoto přístupu je vystihnout odpovídající rovnováhu mezi odlišnými subkulturami a řídit je raději odděleně, než se snažit o jejich integraci. Jako příklad lze uvést řízení sester a doktorů.</p>
	ANO	<p>Dominance</p> <p>Pokud integrace jednotlivých subkultur není možná, mohou subkultury přijmout právo dominance jedné subkultury.</p>	<p>Rozpad</p> <p>K rozpadu dochází, pokud se některá ze subkultur dožaduje dominance, integrace nebo vzájemného respektu k segregaci a nezíská přitom souhlas a podporu od všech ostatních subkultur.</p>

Zdroj: Mannion, 2005, str. 33, upraveno

4. Diagnostika organizační kultury

Potřeba diagnostikovat organizační kulturu nevychází jen od výzkumníků a odborníků zabývajících se studiem tohoto fenoménu, ale především od samotných manažerů, kteří si uvědomují důležitost pochopení obsahu kultury jejich organizace pro provádění manažerských rozhodnutí. Aby manažeři dobře poznali a pochopili kulturu své organizace, nemohou se spokojit jen s informacemi získanými subjektivním odhadem. Přesný a spolehlivý obraz obsahu organizační kultury může dát jen objektivně provedená diagnostika, založená na kvalitní metodologii. Lukášová (2010, s. 138) uvádí čtyři typické situace, při kterých management organizace informace tohoto druhu potřebuje. Jsou jimi:

- vývoj firemní strategie či plánování organizačních změn;
- řešení problému obtížné implementace již zvolené strategie či organizační změny;
- hledání příčin nízké výkonnosti firmy;
- plánování fúze, akvizice či jiné formy spolupráce.

V případě, že se organizace chystá formulovat nebo změnit strategii, může diagnostika organizační kultury sloužit k určení vhodné organizační kultury pro danou strategii, popřípadě odhalit možné překážky v implementaci nejen strategických, ale i organizačních změn. Nutnost shody mezi organizační kulturou a systémem a metodami řízení dokázaly studie zabývající se procesem zavádění změn v rámci reengineeringu nebo implementování systému řízení kvality (Cameron a Quinn, 2006).

Organizační kultura hraje svou roli i v otázce výkonnosti organizace. Obsah kultury by měl směřovat chování pracovníků k realizaci strategických cílů. Hodnoty a normy zastávané organizací by měly podporovat zaměstnance v samostatnosti, odpovědnosti a angažovanosti. Důležitá je i síla kultury, která je zdrojem motivace a drží organizaci pohromadě i přes existující subkultury. Hodnoty a normy organizace patří k hlubším kulturním prvkům, které nemusí být na pohled zjevné. O to jsou ale důležitější a manažeři by je neměli při řízení výkonnosti opomíjet (Sackman, 2006, s. 18).

Pokud se organizace připravuje na akvizici nebo fúzi, je cílem diagnostiky organizační kultury najít shody a rozdíly ve vnímání, myšlení a chování členů jednotlivých organizací, podmíněné právě obsahem organizační (nebo i národní) kultury (Lukášová, 2010, s. 139). Podobný účel má diagnostika kultury i v případě změn organizační struktury organizace. Důvodem jsou subkultury objevující se často v různých útvarech organizace. Zohlednění jejich odlišností tak dopomůže úspěšné realizaci změny plánované v organizaci.

Aby data získaná diagnostikou organizační kultury byla kvalitní a přinesla manažerům důležité informace, které povedou k řešení problému, je nutné k výzkumu přistupovat s respektem ke všem náležitostem aplikovaného vědeckého výzkumu. Příprava výzkumného projektu by měla zahrnovat specifikaci teoreticko-metodologických východisek, to znamená zvolit teoretický rámec kultury, ze kterého bude výzkumník vycházet, úroveň, na které bude jev analyzovat, a prvky organizační kultury, které bude do výzkumu zahrnovat. Dále musí výzkumník vymezit jednotku analýzy, způsob výběru souboru z populace a velikost tohoto souboru a zvolit mezi nabízejícími se výzkumnými metodami. V neposlední řadě by mělo být vyjasněno, jakým způsobem bude provedeno zpracování dat.

Odborníci zabývající se výzkumem organizační kultury tradičně vedou polemiku o tom, zda je pro diagnostiku organizační kultury vhodnější použít metod kvantitativních nebo kvalitativních. Počáteční fáze výzkumu organizační kultury byly spojeny s renesancí kvalitativních metod výzkumu organizací (například Deal a Kennedy, 1982, Trice a Beyer, 1990). Jejich snahou bylo popsat kulturu organizace z hlediska „domorodce“, tedy toho, kdo do organizace patří.

Kvalitativní studie si kladou za cíl popsat co největší šíři kulturních prvků a to do co největší hloubky bez snahy hledat teoretické generalizace a komparace s jinými kulturami nebo souvislosti ve vztazích mezi organizační kulturou a jinými proměnnými charakterizujícími organizaci. Právě nemožnost komparace výstupů kvalitativních studií a antropologickou popisnost kritizují na tomto přístupu zastánci kvantitativních metod (Cameron a Quinn, 2006).

Vědci, kteří se snaží uchopit organizační kulturu kvantitativně, naopak teoretické generalizace hledají a snaží se vytvářet takové nástroje pro měření kultury, které zajistí spolehlivé a opakovatelné měření vybraných proměnných (například Cameron a Quinn, 2006, Denison 1990). Poukazují na přednosti vícedimenzionálních statistických analýz, kterých lze při diagnostice využít. Podle názorů „kvalitativců“ však tyto metody obsahují příliš mnoho stanovisek sociálních vědců - polemizují nad validitou diagnostiky kultury prostřednictvím dotazníků. Podle nich není prokázáno, že to, co dotazník změří, jsou skutečně hluboce zakořeněné, „skryté“ základní hodnoty a předpoklady, na kterých je kultura organizace založena. Takové hluboké analýzy jsou schopny jen kvalitativní přístupy, které dlouhodobým, komplexním studiem artefaktů, příběhů, mýtů a symbolů identifikují kulturní atributy.

Zastáncem používání kvalitativních metod při hodnocení organizační kultury je i klasik v oblasti organizační teorie, Edgar H. Schein (2006). Ve svém článku „*So How You Can Assess Your Corporate Culture*“ ve shodě s výše uvedeným tvrdí, že dotazníková šetření a jiné nástroje kvantitativního sběru dat² mohou odkrýt pouze některé z povrchných dimenzí organizační kultury, ale nikdy neodhalí sdílené základní předpoklady.

Důvodů, proč dotazníky nemohou změřit kulturní předpoklady, udává několik. Zaprvé při sestavování dotazníku nemá vědec představu o tom na co se ptát a jak otázky formulovat. Dotazník by musel mít stovky otázek, které by ovšem stejně nevypověděly nic o tom, které oblasti jsou ty hlavní pro naši organizaci. Zadruhé, tázat se jednotlivců na sdílené fenomény je nedostatečné a možná i nevalidní. Vědec nikdy nemůže vědět, jak si respondent otázku v dotazníku vyloží a ani jak moc jsou jeho výpovědi ovlivněny důvěrou ve frázovité přísliby anonymity. Vzhledem k tomu, že je organizační kultura jevem skupinovým, je mnohem příhodnější získat informace při skupinovém rozhovoru. Zatřetí průzkumy dávají význam tomu, zda jsou zastávané hodnoty organizací uspokojovány. Ale změnit podmínky, na které si zaměstnanci stěžují, nemusí být vždy možné, protože jejich „vysněná kultura“ neodpovídá tomu, jaká kultura v organizaci ve skutečnosti je. Pro dešifrování kultury organizace Schein doporučuje rozhovory ve skupinkách, tvořených několika zaměstnanci. Ve skupinách se pak postupuje od definování obchodních problémů, přes zhodnocení konceptu kultury organizace, identifikaci a porovnání artefaktů a hodnot v organizaci až po určení základních předpokladů kultury v organizaci (Schein 2006 podle Nováková, 2010).

V současné době se většina autorů kloní ke kombinaci obou výzkumných postupů. Kvalitativní metody mohou doplnit či vysvětlit kvantitativně odvozené závěry; kvantitativní pak mohou posloužit k ověření závěrů z kvalitativní analýzy. Vědci znávají, že každá z metod má své výhody a nevýhody a je v různé míře vhodná v návaznosti na účel a cíl výzkumu. Taktéž shledávají žádoucím v diagnostice organizační kultury postihnout její obsah na více úrovních, protože kultura je jevem velmi komplexním, který se skládá z několika vrstev, přičemž některé indikátory jsou pro vnějšího pozorovatele snadno viditelné (artefakty) a jiné zcela skryté (základní předpoklady).

² Autor používá termín „culture surveys“, který je pro účely této práce volně na základě kontextu překládán jako „kvantitativní metoda sběru dat“.

4. 1. Přehled metod k diagnostice organizační kultury

V následující kapitole předvedeme alespoň základní přehled kvantitativních a kvalitativních metod, ze kterých může výzkumník pro sběr dat vybírat.

4. 1. 1. Kvalitativní metody diagnostiky³

Nástroje výzkumu organizační kultury kvalitativního rázu vycházejí z tradic etnologického výzkumu. Patří mezi ně antropologické metody jako pozorování (zúčastněné či nezúčastněné), rozhovory, analýzy dokumentů a dalších hmotných artefaktů, které bývají doplňovány metodami psychologickými.

Pozorování

Metoda pozorování může být prováděna buď jako pozorování zúčastněné, nebo jako pozorování nezúčastněné. Při zúčastněném pozorování se výzkumník podílí na každodenním životě lidí uvnitř organizace a sám se snaží stát její součástí (případně píše studii o organizaci, jejímž členem skutečně je). V ideálním případě ostatní členové vůbec netuší, že jsou vlastně pozorováni. Pozorovatel si zaznamenává veškeré poznatky a snaží se získat autentický popis kulturního prostředí. V případě nezúčastněného pozorování výzkumník v organizaci vystupuje s oficiální nálepkou výzkumníka. Jeho cíle jsou stejné jako cíle pozorovatele zúčastněného. Může k nim však využívat i technických pomůcek (fotoaparát, magnetofon, kameru). Předmětem pozorování jsou všechny vnější projevy kultury (hmotné i behaviorální artefakty - zvyky, rituály, ceremoniály, statusové symboly, způsoby rozhodování). Tato metoda klade vysoké nároky na teoretické znalosti výzkumníka, který musí být schopný (bez apriorních kritérií pozorování) zaznamenat veškeré podstatné souvislosti.

Hlubkové rozhovory

Rozhovor výzkumníka s vybraným členem organizace umožňuje získat hluboký vhled do podoby a utváření kulturní identity organizace. Tazatel nevyužívá předem formulovaných otázek, ale drží se pouze tematických okruhů, ve kterých dává respondentovi volnost v jejich zodpovězení. Základním úskalím metody individuálního rozhovoru je následná potřeba odlišit kulturně relevantní informace od individuálních názorů respondentů (Sackmann, 1991, podle Lukášová, 2010).

³ Zpracování převážně podle Lukášová, 2010, s. 143 - 145

Skupinové rozhovory

Skupinové rozhovory vycházejí ze stejného základu jako rozhovory individuální. Moderátor má připravený rámcový scénář, podle kterého je rozhovor veden. V případě skupinového rozhovoru lze ovšem čerpat cenné informace i ze způsobu interakce mezi členy organizace. Navíc je snazší odlišit sdílené a individuální interpretace kulturní reality. Rozhovory ve skupině bývají obtížnější na organizaci a náročnější na moderátorské dovednosti tazatele. Součástí výsledného záznamu z rozhovoru je kromě vyřčených odpovědí i průběh a vývoj celé diskuse.

Analýza dokumentů a dalších hmotných artefaktů

Metoda analýzy dokumentů slouží většinou jako doplňující analýza jiných diagnostických metod. Jejím cílem je získat z dokumentů informace, které by mohly souviset s kulturou organizace, nebo porozumět významu znaků nalezených v dokumentech. Předmětem analýzy nemusejí být jen psané záznamy (jako výroční zprávy, zápisy z porad, manuály a směrnice, intranetové a internetové stránky, informační plakáty...), ale i další přímo pozorovatelné artefakty, jako je architektura, vybavení kanceláří nebo způsoby oblékání.

Projektivní metody

Projektivní metody diagnózy pronikly do sociologie z oblasti psychologie. Lze rozlišovat verbální, grafické a manipulační projektivní metody (Svoboda, 1999). U verbální projektivní metody se využívá slovních asociačních experimentů, které zachycují charakteristické znaky řeči: dynamiku a pohotovost řečové produkce. Při grafických projektivních metodách se využívají tematické kresebné techniky, techniky doplňování začatých kreseb, volného kreslení, malby pomocí prstů nebo spontánního čmárání. Do oddílu manipulačních technik jsou zařazeny projektivní techniky, při jejichž administraci vyšetřovaná osoba manipuluje nějakým materiálem, nebo vybírá, či volí jistý materiál.

Projektivní metoda pro účely diagnostiky organizační kultury je založena na tom, že je respondentovi předložen určitý podnět (koláž, kresba, věta, kterou je třeba dokončit...) a je mu ponechán prostor k interpretaci založené na vlastním kulturním vnímání a kulturní zkušenosti.

4. 1. 2. Kvantitativní metody diagnostiky

Mezi základní techniky kvantitativního sběru dat patří pozorování, rozhovor a dotazník. Na rozdíl od kvalitativních metod jsou všechny tyto techniky vedeny podle standardizované šablony. V případě kvantitativní metody pozorování pracuje pozorovatel s předem připraveným, strukturovaným formulářem, do kterého zaznamenává četnost, případně intenzitu sledovaných jevů. U kvantitativního rozhovoru má tazatel k dispozici strukturovaný, nebo polostrukturovaný dotazník, na jehož základě pokládá respondentovi otázky a zároveň mu dává na výběr z připravených kategorií odpovědí (u polostrukturované verze může otázky případně doplnit a nechat respondenta objasnit svůj postoj).

Pro diagnostiku velkých, početných vzorků není kvantitativní pozorování ani strukturovaný rozhovor zcela efektivní. Jejich realizace je nákladná jak finančně tak časově. Vhodnější je v takovém případě volit dotazníky, které vyplňují respondenti sami.

Největší úskalí této metody spočívá v samotné konstrukci dotazníku, tedy ve volbě indikátorů, které budou ke zkoumání kultury použity. Vzhledem ke komplexnosti a rozsahu obsahu organizační kultury není v silách výzkumníka věnovat pozornost všemu, co do ní patří. Z tohoto důvodu se každý vytvořený dotazník skládá z jiných obsahových komponent (aspekty chování, vnímání a myšlení členů organizace, ve kterých se obsah kultury projevuje – určují na co se při diagnostice ptát) a snaží se odhalit jiné strukturální dimenze („v pozadí ležící“ obecné charakteristiky organizační kultury umožňující uspořádat obsah a porovnávat organizace – určují varianty odpovědí na otázky).

4. 2. Přehled existujících nástrojů pro měření organizační kultury

Vzhledem k nevyřešeným debatám o nejvhodnějším způsobu zkoumání kultury (Morey a Morey, 1994, Yauch a Teudel, 2003) a o existenci a roli různých úrovní kultury (Jordan, 1994, Liu, 2003) vznikly v posledních desetiletích desítky nástrojů ke zkoumání organizační kultury.

Tobias Jung s kolegy (2009) se rozhodli podrobným prostudováním publikované literatury podat přehled o existujících kvalitativních a kvantitativních nástrojích pro zkoumání organizační kultury (se zaměřením na veřejný sektor) a umožnit tak výzkumníkům zabývajícím organizační kulturou zorientovat se v současné nabídce měřících nástrojů. Prvním krokem jejich studie bylo prohledání jedenácti elektronických bibliografických databází (tabulka 5), které byly již dříve označeny jako validní zdroje pro vyhledávání relevantní literatury (Scott et al. 2001, 2003a).

Tabulka 5: Přehled a popis prohledávaných databází

Databáze	Popis
ABI Inform	Zahrnuje americké a mezinárodní články o podnikání a managementu.
COPAC	Databáze propojující online katalogy členů sdružení Consortium of University Research Libraries.
Cumulative Index to Nursing & Allied Health (CINAHL)	Zahrnuje hlavní anglickou literaturu vztahující se k pečovatelské a zdravotní.
EMBASE (Excerpta Medica)	Zahrnuje celosvětovou literaturu z biomedicínské a farmaceutické oblasti.
Emerald	Zahrnuje periodika o strategii, leadershipu, knihovnictví a informačním managementu, marketingu a řízení lidských zdrojů, inženýringu a aplikované vědě a technologiích.
Health and Psychosocial Instruments (HaPI)	Zahrnuje lékařské zdravotní nástroje.
Healthcare Management Information Consortium (HMIC)	Zahrnuje data spravovaná knihovnou a informačním servisem ministerstva zdravotnictví v Anglii.
Medline	Zahrnuje zdroje z oblasti medicíny, pečovatelské, zubního lékařství, zvěrolékařství, zdravotnického systému a preklinických.
PsychInfo	Zahrnuje literaturu z oblasti psychologie.
Science Citation Index	Zahrnuje více než 150 disciplín vztahujících se k vědě a technologiím.
Social Science Citation Index	Zahrnuje více než 150 disciplín vztahujících se k sociálním vědám.

Zdroj: Jung, 2009, s. 1088

Výsledkem hledání bylo 12 375 potenciálně relevantních referencí. Postupným, systematickým vyřazováním Jung s kolegy vydělili 877 referencí, ze kterých identifikovali celkem 70 nástrojů vyvinutých k diagnostice organizační kultury, přičemž psychometrické informace se podařilo získat k 48 z nich (tabulka 6). Ke každému z nástrojů vypracovali autoři přehled o zemi a době vzniku, o dostupných verzích, zastávané definici kultury, formátu nástroje, jeho dimenzích, počtu položek, formátu škály, metodách použitých při vývoji a modifikacích nástroje. Připojeny jsou i informace o validitě, reliabilitě, způsobu interpretace a možnostech aplikace nástroje.⁴

Výsledný seznam nástrojů autoři nepřekládají jako jedinou správnou a vyčerpávající klasifikaci nástrojů – vzhledem k omezenému pojmosloví odlišné nástroje často nesou stejný název anebo naopak podobné nástroje jsou pojmenovány odlišně. Jistou mírou nepřehlednosti mezi existujícími nástroji vnášejí i samotní autoři daných technik tím, že nástrojům ponechávají stejný název, i když se jedná o jejich modifikaci (Jung, 2009, s. 1088).

⁴ Informace jsou volně dostupné na <http://www.scothub.org/culture/instruments.html>

Některé základní informace o nástrojích pro měření organizační kultury shrneme v následujících bodech:

- Doba vzniku – většina nástrojů vznikla v době největšího rozvoje zájmu o organizační kulturu, tedy v osmdesátých a devadesátých letech dvacátého století. Mezi nejstarší nástroje patří Critical Incident Technique a Wallachův Organizational Culture Index, které vznikly už na konci padesátých let, naopak mezi nejmladší, které vznikli na začátku nového tisíciletí, patří Organizational and Team Culture Indicator a Cultural Assessment Survey.
- Kontext původu – nástroje byly vyvinuty a využity jak v soukromé sféře podnikání (od rodinných obchůdků s potravinami po velké akciové finanční společnosti), tak ve veřejném sektoru (ve vládních institucích, školách a nemocnicích).
- Země původu – téměř polovina nástrojů pro měření organizační kultury má svůj původ ve Spojených státech Amerických, druhá velká skupina má svůj původ ve Velké Británii. Najdeme mezi nimi ale i nástroje z Austrálie (Organizational Culture Profile), Jihoafrické republiky (Van der Post Questionnaire of Organizational Culture), Hongkongu (School Values Inventory), Švédska (Women Workplace Culture Questionnaire) a Estonska (Questionnaire of Organizational Culture). FOCUS Questionnaire, GLOBE Culture Scales, nebo Perceived Cultural Compatibility Index jsou výsledkem mezinárodní spolupráce.
- Dimenzionální vs. typologický přístup – zatímco nástroje využívající dimenzionální přístup mají za cíl objevit přítomnost a sílu předem definovaných kulturních dimenzí v dané organizaci (jako například Cultural Assessment Survey, Cultural Consensus Analysis a Twenty Statements Test) typologické nástroje třídí organizace na základě dominantních organizačních charakteristik do předem definovaných typů (jako například Cultural Audit, Competing Values Framework, Interactive Projective Test, Organizational and Team Culture Indicator).
- Metoda sběru dat a skórování – nástroje využívají široké spektrum metodologií sběru dat: od strukturovaných, standardizovaných dotazníků a polostrukturovaných dotazníků po etnografické přístupy. Ke skórování nejčastěji využívají Likertovu škálu (respondenti přisuzují body jednotlivých výroků na základě jejich souhlasu nebo nesouhlasu s výrokem) ipsativní škálování (respondenti rozdělují daný počet bodu mezi jednotlivé výroky) a Q-metodologii (respondenti musejí vzájemně porovnávat výroky a přidělovat jim stupně významu od nejvyššího po nejnižší, přičemž každá úroveň významu smí být obsazena zcela určitým počtem výroků).

Každý z nástrojů umožňuje jiný náhled na organizaci: zatímco některé aspekty a oblasti organizační kultury odhalují, jiné zůstávají skryté. Při rozhodování o výběru nejvhodnějšího nástroje pro výzkum organizační kultury autoři doporučují si položit dvě základní otázky: co je účelem diagnostiky a k čemu budou sloužit informace získané výzkumem? Na základě odpovědí si může výzkumník vybrat mezi nástroji, jejichž základní popisy autoři předkládají a postihnout tak to nejlépe vytyčený cíl výzkumu organizační kultury.

Tabulka 6: Přehled nástrojů pro diagnostiku organizační kultury – 1. část

Assessment of Organizational Readiness for Evidence-Based Health Care Interventions
Competing Values Framework
<ul style="list-style-type: none"> • Competing Values Instrument for Organisational Culture [Chang and Wiebe] • Competing Values Instrument for Organisational Culture [Howard] • Competing Values Instrument for Organisational Culture [Quinn and Spreitzer] <ul style="list-style-type: none"> ○ NIC/Q 2000 Tool • Competing Values Instrument for Organisational Culture [Zammuto and Krakower] <ul style="list-style-type: none"> ○ National VA Quality Improvement Survey (NQIS) • Organisational Culture Assessment Instrument (OCAI) [Cameron and Quinn]
Concept-Mapping and Pattern-Matching Approach
Contextual Assessment of Organisational Culture (CAOC Approach)
Core Employee Questionnaire
Corporate Culture Questionnaire
Culture Gap Survey
Culture Snapshot
Culture Survey [Mackenzie]
Critical Incident Technique
The Cultural Audit
Cultural Assessment Survey
Cultural Consensus Analysis (CCA)
Denison Organisational Culture Survey (DOCS)
Ethnography
Five Window Culture Assessment Framework
FOCUS Questionnaire
General Practice Learning Organisation Diagnostic Tool
Global Leadership and Organisational Behavior Effectiveness (GLOBE) Culture Scales
Grid/Group Model
Group Practice Culture Questionnaire
Hofstede's Measure of Organisational Culture
<ul style="list-style-type: none"> • Hofstede's Measure of Organisational Culture (Organisational Practices) • Hofstede's Measure of Organisational Culture (Values)
Hospital Culture Questionnaire
Hospital Culture Scales
Hospitality Industry Culture Profile (HICP)
Interactive Projective Test (IPT)
Interviews
Inventory of Polychronic Values (IPV)
Japanese Organisational Culture Scale (JOCS)
Laddering
Metaphorical Analysis
Narratological Approach
Norms Diagnostic Index

Zdroj: Jung, 2009, s. 1089 - 1090

Tabulka 6: Přehled nástrojů pro diagnostiku organizační kultury – 2. část

Nurse Medication Questionnaire
Nurse Self-Description Form (NSDF)
Nursing Unit Cultural Assessment Tool (NUCAT)
Nursing Work Index (NWI)/ Nursing Work Index – Revised (NWI-R)
Organisational Assessment Survey (OAS) [MetriTech]
Organisational Assessment Survey (OAS) [OPM]
Organisational Commitment Questionnaire (OCQ)
Organisational Culture and Core Task (CULTURE) Questionnaire
Organisational Culture Assessment Instrument (OCA)
Organisational Culture Inventory (OCI)
Organisational Culture Profile (OCP) [Ashkanasy]
Organisational Culture Profile (OCP) [O'Reilly]
Organisational Culture Questionnaire [Harrison]
Organisational and Team Indicator (OTCI)
Organisational Culture Survey
Organisational Development Questionnaire (ODQ)
Organisational Norms Opinionnaire (ONO)
Perceived Cultural Compatibility Index (PCC)
Perceived Organisational Culture
Personal, Customer Orientation, Organisational and Cultural Issues (PCOC) Model
Practice Culture Questionnaire (PCQ)
Questionnaire of Organisational Culture (QOC)
Repertory Grids
School Quality Management Culture Survey
School Values Inventory Form-I (SVI Form-I)
School Work Culture Profile (SWCP)
Semiotics
Storytelling
Thomas' Questionnaire on Organisational Culture
Time Dimension Scales
Twenty Statements Test
van der Post Questionnaire
Wallach's Organisational Culture Index
Ward Organisational Feature Scales (WOFS)
Women Workplace Culture Questionnaire (WWQ)
Work Culture Assessment Scale

Zdroj: Jung, 2009, s. 1089 - 1090

4. 2. 1. Přehled vhodných nástrojů pro měření organizační kultury ve zdravotnictví

Přehled o vhodných a přístupných nástrojích pro měření organizační kultury v oblasti zdravotnictví publikovali Tim Scott s kolegy v roce 2003 ve svém článku „*The Quantitative*

Measurement of Organizational Culture in Health Care: A Review of the Available Instruments“.

Základem pro jejich analýzu bylo vyhledání relevantních článků v několika elektronických databázích obsahujících přední vědecké a manažerské časopisy (Medline, Cinahl, Helms, Psychlit, Dhddata, the database of the King's Fund in London). Hledání bylo zaměřeno na nástroje, které byly v oboru použity, nebo měly potenciál pro využití ve zdravotnickém prostředí. Hlavní kritéria jejich výběru byla:

- Kvantitativní podoba měřicího nástroje
- Schopnost nástroje pokrýt široký rámec kulturních dimenzí (leadership, komunikaci, týmovou práci, postoje ke změně) a snaha nástroje postihnout různé úrovně organizační kultury (artefakty, hodnoty a normy a základní přesvědčení)
- Dostupnost informací o validitě a reliabilitě měřicího nástroje
- Dřívější užití nástroje ve zdravotnickém prostředí

Scott a kol. (2003b) identifikovali 13 nástrojů (dotazníků), které nejlépe odpovídali jejich stanoveným kritériím. Ke každému z nástrojů doplnili kulturní dimenze, které nástroj postihuje, počet položek v dotazníku, metodu skórování v dotazníku, příklady studií ve kterých byl nástroj použit, vlastnosti výzkumného nástroje, jeho silné stránky a nedostatky.

Tabulka 7: Nástroje pro měření organizační kultury, které byly využity ve zdravotnictví

Název a klíčové	Zkoumané kulturní dimenze	Počet položek v	Metoda skórování	Příklad použití nástroje	Silné stránky	Nedostatky
Competing Values Framework (Cameron a Freeman, 1991, Gerowitz et al. 1996, Gerowitz 1998)	Pracovní prostředí, leadership, soudržnost organizace, kritéria úspěchu. 4 kulturní typy: klanová, adhokratická, hierarchická a tržní kultura.	16	Respondenti rozdělují 100 bodů mezi výroky na základě shody těchto výroků s realitou v organizaci.	Aplikován při výzkumu top managementu ve 265 nemocnicích v Anglii, Americe a Kanadě (Gerowitz et al. 1996, Gerowitz 1998).	Rychlé a snadné vyplnění dotazníku, vysoká „face validita“ ⁵ , silný teoretický základ. Model měří sílu i jednotnost kultury.	Skrovná klasifikace organizačních typů
Quality Improvement Implementation Survey (Shortell et al., 2000)	Charakter organizace, manažerský styl, koheze, kritéria úspěchu 4 kulturní typy: skupinová, vývojová, hierarchická a racionální kultura.	20	Respondenti rozdělují 100 bodů mezi výroky na základě shody těchto výroků s realitou v organizaci.	Aplikován při výzkumu vztahu mezi kulturou a implementací TQM v 16 nemocnicích (Shortell et al., 2000)	Rychlé a snadné vyplnění dotazníku, vysoká „face validita“	Skrovná klasifikace organizačních typů
Organizational Culture Inventory (Cooke a Lafferty 1987, Thomas et al. 1990, Seago 1997, Ingersoll et al. 2000)	Sdílené normy a očekávání, která řídí myšlení a chování členů skupiny vyplývajících do 12 stylů myšlení: humanistický, afiliativní, závislý, konvenční, opoziční, vyhýbavý, energický, kompetitivní, schvalovací, výkonový, perfekcionista, „sebe aktualizující“ 3 typy kultur: pasivně-defenzivní, konstruktivní a agresivně-defenzivní kultura.	120	Pětibodová Likertova škála.	Různé.	Dobrá „face validita“, široce užívaná grafická ilustrace výsledků.	Nástroj není volně dostupný, podléhá autorským právům a jeho použití je tak značně drahé.

Zdroj: Scott et al., 2003b

⁵ **Face-validity** - je jen zvláštním případem obsahové validity, jde o posouzení testu na „první pohled“, a to buď respondenty, nebo jinou širší komunitou např. výzkumníky.

Tabulka 7: Nástroje pro měření organizační kultury, které byly využity ve zdravotnictví – pokračování č. 1

Název a klíčové reference	Zkoumané kulturní dimenze (a výsledné kulturní typy)	Počet položek v dotazníku	Metoda skórování	Příklad použití nástroje ve zdravotnictví	Silné stránky	Nedostatky
Organizational Ideology Questionnaire (Harrison, 1975, Ott, 1989, Litwinenko a Cooper, 1994)	Zaměření ideologie organizace na sílu, role, úkoly a jedince.	15	Respondenti seřazují 4 tvrzení u každé položky podle toho, jak reprezentují skutečné (a) respondentovi, (b) organizační postoje a hodnoty.	Aplikováno při výzkumu kulturních vlivů organizační změny v Anglii (Litwinenko a Cooper, 1994).	Dobrá „face validita“, postihuje současnou i preferovanou kulturu.	Omezený počet kulturních typů.
Hospital Culture Questionnaire (Skieveking, Bellet a Marston, 1993)	Názor zaměstnanců na 8 dimenzí: kontorla, postoje zaměstnavatele, význam rolí, image nemocnice, konkurenceschopnost, zaměstnanecké benefity, soudržnost a pracovní zátěž.	50	Šestibodová škála.	10 soukromých nemocnice ve Velké Británii (Skieveking, Bellet a Marston, 1993)	Vyvinut pro použití ve zdravotnictví.	Vyvinut pro soukromý sektor, podléhá autorským právům.
Nursing Unit Cultural Assessment Tool (Coeling a Simms, 1993, Rizzo, Gilman a Mersmann 1994, Goodridge a Hack 1996, Seago, 1997)	Individuální a skupinou preferované chování.	50	Čtyř nebo šestibodová Likertova škála.	Zdravotní sestry.	Detailní diagnostika jedné skupiny zaměstnanců organizace.	Nedostatek podskupin - diagnostika pouze jedné zájmové skupiny.
Practice Culture Questionnaire (Stevenson, 2000)	Postoje ke zlepšování kvality (klinického řízení) a angažovanost/resistence k organizační změně.	25	Pětibodová škála.	Pilotní testování v praxích s primární péčí ve Velké Británii.	Detailní diagnostika zaměřená na primární péči.	Nejasnost původu položek v dotazníku. Otázka možnosti zobecnění mimo primární péči v Anglii. Zkoumá jen povrchní projevy kultury

Zdroj: Scott et al., 2003b

Tabulka 7: Nástroje pro měření organizační kultury, které byly využity ve zdravotnictví – pokračování č. 2

Název a klíčové reference	Zkoumané kulturní dimenze (a výsledné kulturní typy)	Počet položek v dotazníku	Metoda skórování	Příklad použití nástroje ve zdravotnictví	Silné stránky	Nedostatky
Cultural Questionnaire (MacKenzie, 1995)	Angažovanost zaměstnanců, postoj k inovacím a ke změně, způsob řešení konfliktů, styl vedení, leadership, otevřenost a důvěra, spolupráce a týmová práce, orientace na akci, na lidské zdroje, na zákazníky, organizační správa.	76	Respondenti zaškrtnou tvrzení, o kterém se domnívají, že vypovídá o jejich organizaci.	Jeden z NHS trust (MacKenzie, 1995).	Snadné vyplnění dotazníku	Nejasnost původu položek, neověřené vlastnosti měřicího nástroje (reliabilita, validita).
Survey of Organizational Culture (Tucker, McCoy a Evans, 1990)	Popisuje kulturu na základě 13 dimenzí: Orientace na zákazníky, orientace na zaměstnance, jednotnost zúčastněných stran, vliv mise, manažerská vyspělost, proces rozhodování /autonomie, komunikace/otevřenost, lidská stránka, motivace, kooperace versus soutěživost, organizační jednotka, výkon pod tlakem, teorie S/teorie T.	55	Pětibodová škála.	Aplikováno ve 3 nemocnicích v Americe (Trucker, McCoy a Evans, 1990)	Detailní práce vytvořena jako část rozvoje. Využito ve veřejném i privátním sektoru.	Použito pouze v Americe a převážně na zkušených manažerech a vůdcích.

Zdroj: Scott et al., 2003b

Tabulka 8: Nástroje pro měření organizační kultury, které mají potenciál k využití ve zdravotnictví

Název a klíčové reference	Zkoumané kulturní dimenze	Počet položek v dotazníku	Metoda skórování	Příklad použití nástroje ve zdravotnictví	Silné stránky	Nedostatky
Corporate Culture Questionnaire (Walker, Symon a Davies, 1996)	4 hlavní oblasti: výkon, lidské zdroje, proces rozhodování a vztahy.	69 nebo 126	Pětibodová Likertova škála.	Široce využíván jako konzultační nástroj pro manažery. Publikovaná studie z výzkumu ve strojírenské firmě (Walker, Symon a Davies, 1996)	Systematicky rozvíjen, velmi komplexní.	Délka.
Core Employee Opinion Questionnaire (Buckingham a Coffman, 2000)	13 oblastí: celková spokojenost, porozumění očekávání, přístup k požadovaným zdrojům, správné využití schopností, pochvala za úspěch, vztah s vedoucím, podpora v osobním rozvoji, vnímání hodnot, angažovanost v misi organizace, loajalita všech zaměstnanců, přátelské vztahy, příležitosti ke kariévnímu postupu.	13	Pětibodová Likertova škála.	Aplikováno na 2 528 organizačních jednotek v různých firmách (Buckingham a Coffman, 2000).	Dobrá „face validita“, snadné vyplnění dotazníku.	Identifikuje pouze omezený počet kulturních dimenzí.
Organizational Culture Questionnaire (Hofstede et al., 1990)	Základem 3 hodnoty: potřeba bezpečnosti, důležitost práce a potřeba autority. Na jejich základě vzniká 6 faktorů vztahujících se k praktickým otázkám: proces vs. výstup, zaměstnanci vs. úkoly, otevřený vs. uzavřený systém, nízká vs. vysoká kontrola, normativní vs. pragmatický přístup.	135	Pětibodová škála.	Využito v mnoha soukromých i veřejných organizacích v Dánsku a Nizozemsku ((Hofstede et al., 1990)	Dobrý teoretický základ a „face validita“ hodnot a praktických otázek.	Nepoužito v anglicky mluvících zemích.
Organizational Culture Survey (Glaser, Zamanou a Hacker, 1987)	6 empirických faktorů: Týmová práce a konflikt, klima a morálka, tok informací, angažovanost, kontrola, schůzky.	31	Pětibodová škála.	Aplikován v komerčním sektoru a vládních agentuře v Americe (Glaser, Zamanou a Hacker, 1987)	Snadné vyplnění dotazníku, komplexní postihnoutí procesu rozvoje.	Zabývá se jen povrchními otázkami.

Zdroj: Scott et al., 2003b

Představené nástroje můžeme rozdělit na typologické, které zjišťují míru přítomnosti charakteristik kultur jednotlivých typů v dané organizaci a dimenzionální (profilové), které prostřednictvím dotazníku zjišťují míru výskytu názorů, hodnot, způsobů chování apod. a určují tak skóre pro každou dimenzi. Na rozdíl od typologických dotazníků, kde jsou jednotlivé dimenze vzájemně závislé, u profilových dotazníků není vzájemná závislost dimenzí nutná.

Tabulka 9: Klasifikace vybraných nástrojů

Typologické dotazníky	Dimezionální (profilové) dotazníky
Competing Values Framework	Organizational Culture Inventory
Organizational Ideology Questionnaire (Harrison)	Hostpital Culture Questionnaire
Quality Improvement Implementation Survey	Nursing Unit Culture Assessment Tool
	Practice Culture Questionnaire
	Culture Questionnaire (MacKenzie)
	Survey of Organizational Culture
	Corporate Culture Questionnaire
	Core Employee Opinion Questionnaire
	Organizational Culture Questionnaire (Hofstede)
	Organizational Culture Survey

Zdroj: Scott et al., 2001

Výzkumník, který by chtěl nalézt „ideální“ nástroj po měření organizační kultury v prostředí zdravotní péče, bude zklamaný. Přestože je k dispozici velké množství nástrojů, každý z nich má své nedostatky a omezení. Výběr nástroje závisí na tom, jak definujeme kulturu a organizaci, na účelu diagnostiky a plánovaném využití získaných informací a v neposlední řadě i na zdrojích, které máme k dispozici. Přehled, který dali Scott se svým týmem dohromady má za cíl představit základní informace o existujících nástrojích a pomoci tak výzkumníkům při výběru nejvhodnějšího nástroje pro jejich výzkum. S ohledem na komplexnost a mnohvrstevnou organizační kultury autoři doporučují nezaměřovat se na jediný přístup k měření organizační kultury. Spíše kombinování konceptů, nástrojů a metod může výzkumníkovi nabídnout přesný, robustní a užitečný pohled na organizační kulturu (Scott et al., 2003b, s. 942).

V následující kapitole se blíže podíváme na jeden z přístupů k organizační kultuře, který jsme zvolili k diagnostice organizační kultury ve výzkumu prezentovaném v empirické části: detailněji se seznámíme s teoretickým modelem organizační kultury CVF (the Competing Values Framework) a nástrojem pro měření organizační kultury OCAI (Organizational Culture Assessment Instrument), vytvořeným na základě CVF s cílem získat bližší vědomosti o jejich vzniku, předpokladech, definici a využití.

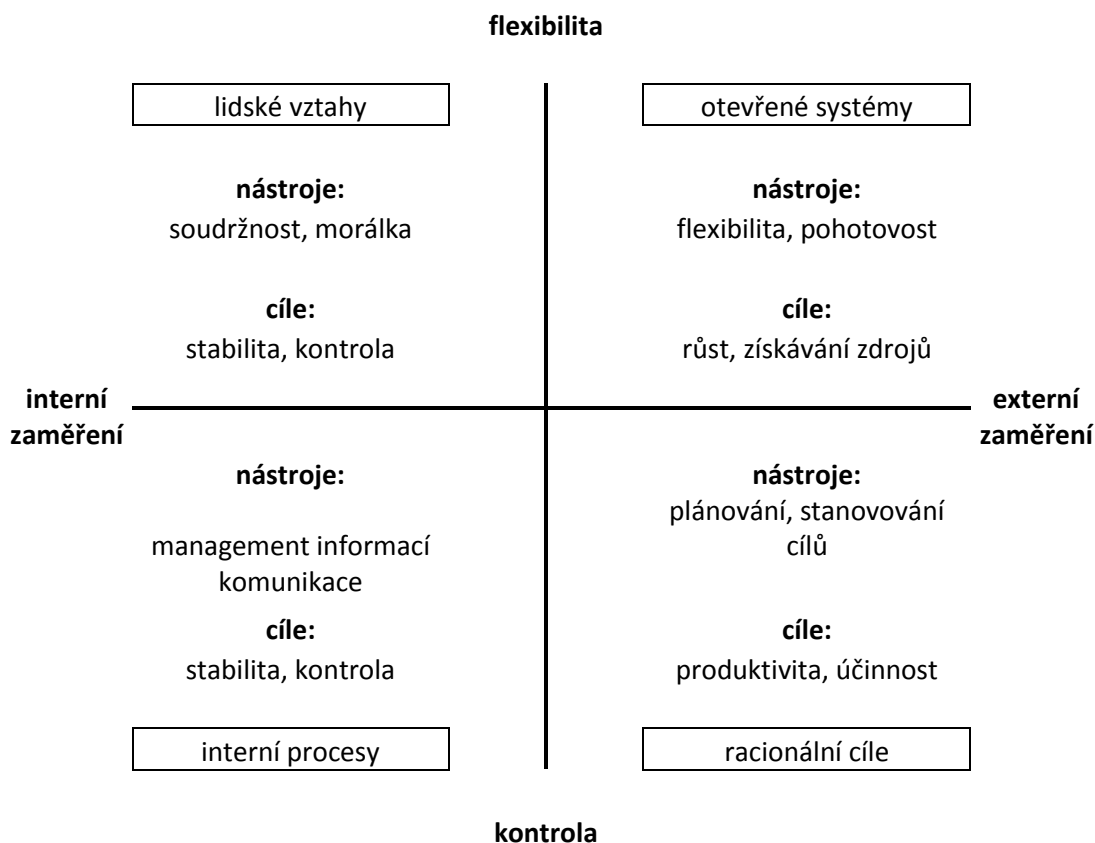
5. „Model soupeřících hodnot“ – Competing Values Framework

V několika posledních desetiletích přispělo mnoho autorů svými teoretickými koncepty k vymezení vlastností a dimenzí, které organizační kultura obsahuje. Důvodem tak velkého množství rozdílných přístupů je složitost a rozsáhlost organizační kultury. Skládá se z řady komplexních, vzájemně propojených či nejednoznačných prvků, což při posuzování a diagnostice organizační kultury v podstatě znemožňuje zahrnout vždy všechny relevantní prvky.

Model CVF, který vznikl pro účely diagnózy organizační kultury, byl empiricky odvozen, byla ověřena jeho validita a umožňuje propojit velké množství z dimenzí navrhovaných různými autory k diagnóze organizační kultury (Quinn 1988). Navíc se tento model se ve vysoké míře shoduje se známými a vědecky dobře přijímanými schémata z oblasti psychologie, které se snaží uspořádat způsoby myšlení lidí, jejich hodnoty a postoje a způsoby, jakými zpracovávají informace, jako například Jung (1923), Myers a Briggs (1962), McKenney a Keen (1974), Mason a Mitroff (1973), nebo Mitroff a Kilmann (1978).

Model soupeřících hodnot byl vyvinut během výzkumu, jehož cílem bylo odhalit kritéria organizační efektivnosti (Quinn a Rohrbaugh, 1981 in Denison a Spreitzer 1991). Výzkum se snažil nalézt odpovědi na následující klíčové otázky: Jaká kritéria určují rozdíl mezi efektivními a neefektivními organizacemi? Které klíčové faktory definují organizační efektivnost? Pokud lidé označí organizaci jako efektivní, jaké ukazatele tím mají na mysli? (Cameron a Quinn, 2006). Pro nalezení odpovědí na tyto otázky analyzovali Quinn a Rohrbaugh (1983) sadu 39 ukazatelů, které publikoval v roce John Campbell se svými kolegy (1974) jako měřítka organizační efektivnosti. Ve snaze najít mezi indikátory „skrytou“ strukturu, která by byla lépe srozumitelná a využitelná pro organizace, provedli Quinn a Rohrbaugh další statistické analýzy, kterými redukovali počet indikátorů. Indikátory autoři předložili organizačním expertům, kteří prostřednictvím multidimenzionálního škálování označili podobnosti mezi indikátory. Výsledkem analýz byl teoretický model se dvěma základními dimenzemi, které roztřídily kritéria efektivnosti do čtyř skupin (obrázek 3).

Obrázek 3: Model soupeřících hodnot: efektivnost



Zdroj: Quinn, 1988, s. 48

První dimenze odděluje kritéria efektivnosti, která zdůrazňují flexibilitu a dynamiku od kritérií zdůrazňující stabilitu, řád a kontrolu. To znamená, že některé organizace jsou efektivní, pokud jsou adaptabilní a nakloněné ke změně, jiné jsou považovány za efektivní, pokud jsou stabilní, předvídatelné a fungují mechanicky. Druhá dimenze staví proti sobě interní zaměření, integraci a jednotnost na jedné straně a externí zaměření, diferenciaci a rivalitu na straně druhé. Organizace může být efektivní, pokud se zaměřuje na harmonické vnitřní fungování, stejně tak ale může být efektivní organizace, která se soustředí na střet s vnější konkurencí. Quinn a Rohrbaugh (1983) hovoří ještě o třetí dimenzi, která je tvořena cíli, kterých chce organizace dosáhnout a nástroji, jimiž jich chce dosáhnout. Každý ze čtyř kvadrantů má své charakteristické cíle a nástroje pro dosažení cílů.

Indikátory organizační efektivnosti roztržiděné do čtyř kvadrantů modelu tvoří soubory zahrnující především základní přesvědčení a hodnoty sdílené v organizaci. Hodnoty na krajních pólech jednotlivých dimenzí jsou obsahově protikladné a vzájemně „soupeří“ (flexibilita versus stabilita a interní versus externí zaměření). Kvadranty, které kombinace dimenzí tvoří, jsou pak „soupeřícími“ na diagonále. Zatímco levý dolní kvadrant charakterizují hodnoty zaměřující se na

interní procesy a kontrolu, pravý horní kvadrant charakterizují hodnoty zaměřené na vnější prostředí a flexibilitu. Podobně pro pravý dolní kvadrant je typické externí zaměření a kontrola, pro levý horní kvadrant pak interní vztahy a spolupráce. Protikladné, nebo „soupeřící“ hodnoty kvadrantů se staly základem názvu modelu – „model soupeřících hodnot“ (the Competing Values Framework). Kvadranty tvořené skupinami hodnot pak autoři původně pojmenovali jako: lidské vztahy, otevřené systémy, interní procesy a racionální cíle.

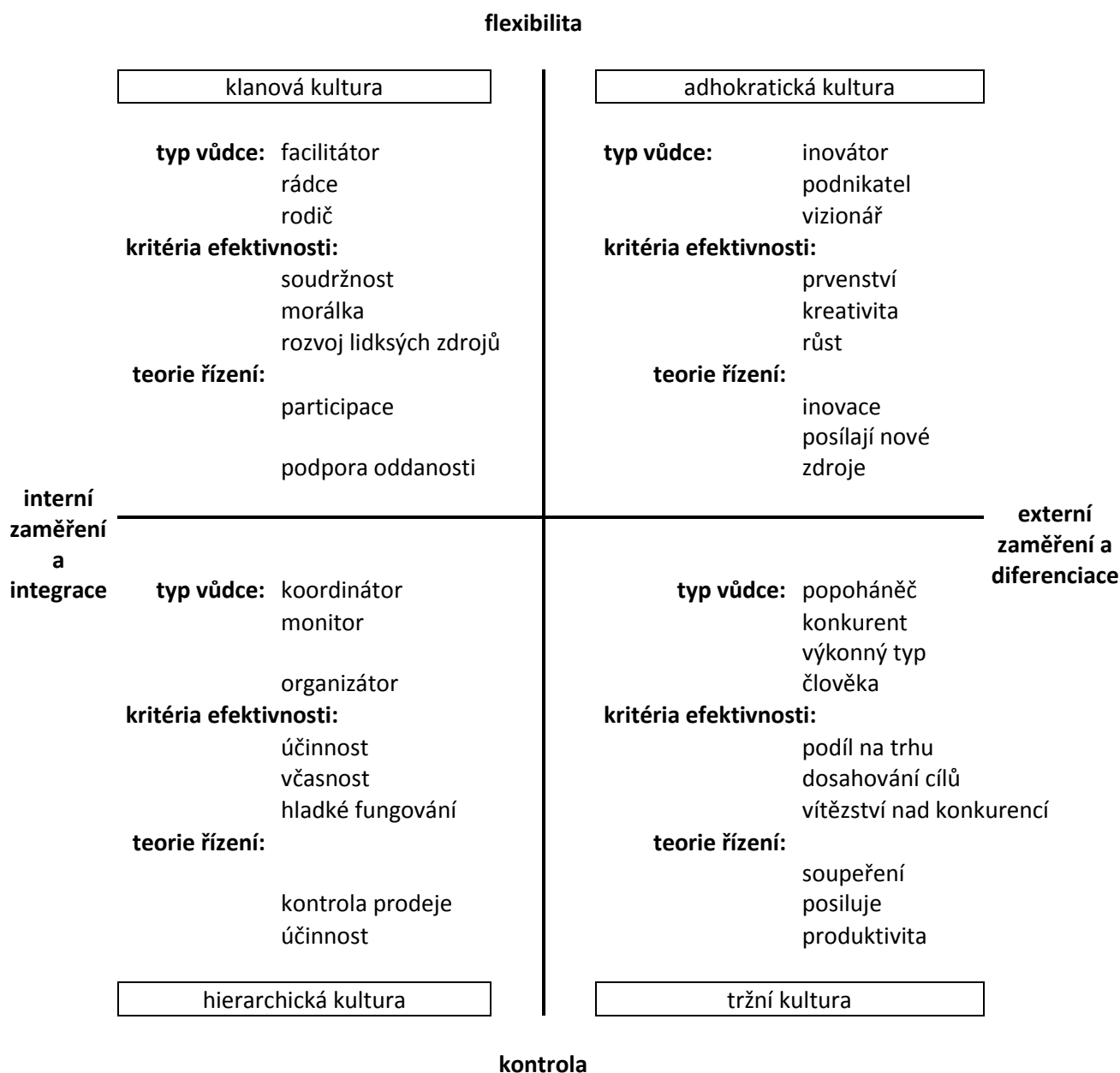
Dimenze a kvadranty objevené autory nejsou ve vědecké literatuře zabývající se teorií organizací ničím novým. Shodují se s mnoha klíčovými manažerskými teoriemi, které se zabývají organizačním úspěchem, organizační kvalitou nebo vůdcovskými rolemi a manažerskými schopnostmi. Například dimenze oddělující flexibilitu a stabilitu reprezentují známé rozdělení mechanických a organických organizací (Burns a Stalker 1986 in Denison a Spreitzer 1991). Druhá dimenze zase odpovídá klasickým organizačním teoriím, například Thompson (1967) či Lawrence a Lorsch (1967). Kromě modelů z prostředí organizační teorie, najdeme shodné dimenze i u modelů, které popisují, jakým způsobem pracuje lidské tělo a mozek a jak je řízeno lidské chování. Patří k nim např. modely z prostředí dětského vývoje (např. Piaget, 1932), kognitivní mapy (Hampton-Turner, 1981) nebo modely procesu zpracování informací (Mitroff, 1983).

Od svého publikování byl model CVF ověřován a rozpracováván řadou autorů. V roce 1984 Quinn a Kimberly dospěli k tomu, že sdílené hodnoty a základní předpoklady, které tvoří kvadranty modelu, jsou totožné s elementy tvořící jádro organizační kultury. Tímto způsobem rozšířili model efektivnosti na model čtyř základních typů kultur, které pojmenovali tým (the team), adhokracie (the adhocracy), hierarchie (the hierarchy) a firma (the firm).

V následujících letech byly názvy kultur upravené na klanovou kulturu (the clan culture), adhokratickou kulturu (the adhocracy culture), hierarchickou kulturu (the hierarchy culture) a tržní kulturu (the market culture).

Kromě organizační kultury byl CVF rozšířen a aplikován i v dalších oblastech, například: životní cyklus organizace, vůdcovské role (Quinn, 1984), TQM nebo řízení lidských zdrojů. Cameron a Quinn svým výzkumem dále potvrzují, že organizace dosáhne vysoké míry efektivnosti, pokud typ vůdce, teorie řízení a kritéria efektivnosti odpovídají dominantnímu kulturnímu typu (obrázek 4)

Obrázek 4: Model soupeřících hodnot: kultura



Zdroj: Cameron a Quinn, 2006

5. 1. Čtyři kulturní typy podle CVF

Hierarchická kultura

Do roku 1960 převládal ve většině manažerských publikací a organizačních studiích názor, že nejlepší forma uspořádání organizace, která povede firmu ke stabilitě a efektivitě, odpovídá charakteristikám byrokracie, které formuloval na začátku 20. století Max Weber. Sedmi klasickými charakteristikami (pravidla, specializace, meritokracie, hierarchie, oddělené vlastnictví, neosobnost, odpovědnost) definoval Weber byrokracii jako ideální typ řízení velkých organizací. V poměrně stabilním podnikatelském prostředí bylo hlavní a jedinou starostí

organizací zajistit efektivní produkci zboží a služeb. Organizace tak mohly udržovat jednotnost produktů a služeb, propojovat a koordinovat úkoly a funkce a tím jednoduše kontrolovat zaměstnance a jejich práci. Klíčovými hodnotami byla standardizace pravidel a procesů, jasné hranice kompetencí, kontrola a odpovědnost za úkoly.

Hierarchická kultura je kulturou odpovídající výše popsané formě řízení. Jde o formalizované, strukturované pracovní prostředí. Důraz je kladen na hladký chod organizace, který povede k dlouhodobým cílům – stabilitě, předvídatelnosti a efektivitě. Formální pravidla a politika drží organizaci pohromadě. Nejlepšími vedoucími jsou dobří koordinátoři a organizátoři.

Tržní kultura

Další forma řízení, která se stala populární v průběhu 60. let, reagovala na nově vznikající konkurenční prostředí, kterému musely organizace čelit. Byla založena především na práci Olivera Williamsona (1975), Billa Ouchiho (1981) a jejich kolegů. Tržní forma řízení vychází ze zcela odlišných předpokladů než hierarchická forma. Středem jejího zájmu nejsou interní záležitosti ale vnější prostředí – dodavatelé, zákazníci, zásobování nebo odbory. Cílem je získat co největší konkurenční výhody a pronikat na nové trhy. Tržní organizační kultura podporuje orientaci na výsledek a soutěživost. Vedoucí mají vysoké požadavky na zaměstnance, jsou přísní a výkonní. Spojujícím prvkem organizace je touha po vítězství.

Klanová kultura

Název třetího ideálního typu řízení organizace vychází z jeho podobnosti s rodinnými typy organizací. Charakteristiky „klanu“ byly ve Spojených státech známy od autorů obhajujících lidský kapitál (např. Likert, 1970, Argyris, 1964) ovšem až obrovský vzestup a úspěch japonských firem po druhé světové válce přiměl odborníky na počátku 70. let věnovat tomuto typu řízení v japonských podnicích větší pozornost (Ouchi, 1981, Lincoln, 2003). Japonské podniky byly více jako rozšířené rodiny, než jako ekonomické entity. Základním předpokladem toho typu řízení, kterému odpovídá klanová kultura, jsou sdílené hodnoty a cíle, soudržnost, participace a týmová práce. Důraz je kladen na péči o zaměstnance a jejich rozvoj. Soudržnost organizace je dána oddaností a loajalitou zaměstnanců. Úspěšní vůdci plní roli mentorů a facilitátorů.

Adhokratická kultura

Čtvrtá forma řízení organizace se objevila s nástupem informačního věku. Je to forma, která nejlépe odpovídá turbulentnímu podnikatelskému prostředí jednadvacátého století. Důležitými aspekty úspěchu se staly inovace, podnikavost, kreativita a adaptabilita. Samotný název nejlépe vystihuje povahu této formy řízení – ad hoc, tedy „jen k tomuto účelu“ – adaptabilní organizační

struktura, práce specialistů a účelových týmů, rychlé a pružné změny reagující na nové příležitosti. Kultura odpovídající adhokratickému řízení se vyznačuje dynamickým, kreativním a podnikavým pracovním prostředím. Důraz je kladen na vývoj nových a unikátních produktů a služeb. Právě inovativní přístupy, myšlení a chuť experimentovat jsou znaky držící organizaci pohromadě. Nejlepšími vedoucími pracovníky jsou inovátoři a vizionáři, kteří se nebojí riskovat.

Je důležité si uvědomit, že na všechny typy kultur je nutné se dívat jako na ideální typy. Organizace většinou nevykazují znaky, které by odpovídaly pouze jedinému typu kultury, ale výsledná podoba je kombinací více typů kultur, přičemž jedna z nich bývá dominantní. Podle Camerona (1986) jsou navíc kombinace hodnot v organizaci často paradoxní. Dalším důležitým předpokladem CVF je vyváženost. Přeceňováním jednoho z kvadrantů by se organizace mohla stát disfunkční a síla kvadrantu by se mohla stát slabinou. Například přílišná flexibilita a spontaneita by mohla vést k chaosu, na druhou stranu přílišný tlak na pořádek a kontrolu by mohl způsobit rigiditu.

Model zdůrazňuje, že větší širší zájmu o rozdílné hodnoty povede spíše k efektivnosti, než soustředění se na jediné kritérium efektivnosti. Nejefektivnější kultury propojují charakteristiky všech čtyř kulturních typů, avšak rozpoznat správnou míru vyvážení znamená správně reagovat na velké množství podmínek prostředí, ve kterém organizace funguje. (Denison a Spreitzer, 1991)

5. 2. Definice, měřitelnost a dimenze organizační kultury podle CVF

V odborné literatuře najdeme různorodé názory na vymezení teoretického rámce a obsahu organizační kultury (například Hofstede 1980, Deal a Kennedy, 1982; Schein 1990; Cameron a Ettington, 1988; Ott, 1989; Denison, 1990; Martin 1992; Trice a Beyer, 1993). Diskuze jednotlivých autorů se zaměřují na tři otázky: Za prvé, jak nejpřesněji definovat kulturu, za druhé, jak ji měřit a za třetí, kterými klíčovými dimenzemi kulturu charakterizovat. V následujících kapitolách se budeme věnovat tomu, jaké stanovisko zaujímají v odpovědích na tyto tři otázky autoři svým modelem CVF.

5. 2. 1. Definice kultury

Koncepce organizační kultury vychází ze dvou základních vědních disciplín: antropologie (organizace je kulturou) a sociologie (organizace má kulturu). V rámci každé disciplíny lze odlišit funkcionální přístup (kultura je utvářena kolektivním chováním) a sémiotický přístup (kultura spočívá v interpretaci a poznání jedince). Základním rozdílem mezi oběma definicemi je

skutečnost, zda se na kulturu nahlíží jako na atribut, který organizace vlastní, nebo jako na metaforu, která organizaci popisuje (viz podkapitola 1.1).

Model CVF zastává definici organizační kultury, která vychází z tradice funkcionálního, sociologického přístupu. Na kulturu je tedy nahlíženo jako na součást organizace, která je měřitelná nezávisle na ostatních organizačních proměnných. Kultura není pouhou metaforou organizace, ale její objektivní entitou. Podle Camerona a Ettingtona (1988) většina definic chápe organizační kulturu jako trvalý soubor hodnot, přesvědčení a předpokladů, které charakterizují organizaci a její členy. Touto definicí zároveň odlišují kulturu od pojmu klima.

5. 2. 2. Měřitelnost kultury

Debaty o způsobu, jak nejlépe a nejvýstižněji měřit kulturu jsou stejně rozsáhlé a nejednotné jako diskuse o definování samotného pojmu. Přestože je celková kultura složena z jednotlivých subkultur, obsahují tyto kultury dílčích jednotek společné, „zastřešující“ prvky, které vytváření typickou podobu kultury celé organizace. Měříme-li organizační kulturu na základě modelu CVF, hledáme právě tyto zastřešující prvky a to na organizační úrovni analýzy (Cameron a Quinn, 2006).

Model CVF reprezentuje kvantitativní přístup k měření organizační kultury. Podle Camerona a Quinna (2006) je problematická otázka, zda odpovědi respondentů skutečně reflektují hodnoty a předpoklady kultury, dostatečně vyřešena využitím scénářů (scenario analysis procedure). Scénáře slouží jako jakési vodítko (emocionálně i kognitivně) pomáhající respondentům si uvědomit, které významné prvky do kultury patří. Kromě modelu CVF byl použit tento přístup v mnoha dalších studiích, například Ouchi a Johnson (1987), Denison (1990), nebo Cameron a Freeman (1991).

5. 2. 3. Dimenze kultury

Vzhledem ke komplexnosti a rozsahu obsahu organizační kultury není v silách výzkumníka věnovat pozornost všemu, co do ní patří. Aby mohla být diagnóza provedena kvalitně, je potřeba se zaměřit na jisté dimenze více než na jiné. Model CVF pracuje se dvěma druhy dimenzí: obsahovými dimenzemi (content dimensions) a dimenzemi organizační kultury (pattern dimensions). Obsahové dimenze představují základní aspekty a prvky organizační kultury. V dotaznících slouží jako „příklady“, které by měly pomoci respondentům rozpoznat, co patří mezi hodnoty kultury jejich organizace. Dimenze organizační kultury jsou „v pozadí ležící“ charakteristiky organizační kultury, uspořádaných do kulturních profilů, jejichž podoba vznikne vyplněním měřicího nástroje (dotazníku).

Schopnost obsahových dimenzí odhalovat organizační kulturu spočívá v jejich navázání na tzv. psychologické archetypy. Podle psychologů většina jedinců používá k uspořádání významů okolního světa podobné rámce. Tyto rámce představují kategorie, do kterých lidé ve svém vědomí organizují informace, se kterými se setkávají (Cameron a Ettington, 1988). Výzkum prokázal, že na základě těchto psychologických archetypů jedinci popisují i kulturu své organizace a kulturní informace interpretují v kontextu svých podvědomých archetypů. Dimenze CVF se shodují se způsobem, kterým je kultura přirozeně interpretována. Kombinace těchto obsahových dimenzí odráží základní hodnoty a předpoklady o způsobu jak organizace funguje (viz kapitola 5. 3).

Dimenze organizační kultury je oblastí, které je v literatuře o organizační kultuře věnováno mnoho prostoru. Cameron a Ettington (1988) uvádějí více jak 20 variant takovýchto dimenzí, např.: interní a externí zaměření, rychlost, míra rizika, participace, rozložení moci nebo individualismus. Každá z těchto dimenzí pomáhá utvářet profil (model) organizační kultury. Dosud nejčastěji používanými a dominantními parametry dimenze jsou síla kultury, jednotnost kultury a typ kultury.

6. OCAI

OCAI (Organizational Culture Assessment Instrument) je měřicí nástroj organizační kultury, který vznikl na základě CVF. Měřicí nástroj má podobu standardizovaného dotazníku se čtyřiadvaceti otázkami a svou strukturou respektuje výše zmiňované psychologické archetypy. Ačkoliv je OCAI jedním z mnoha přístupů, jak posuzovat organizační kulturu, byl tento nástroj při mnoha výzkumech prokázán jako užitečný a přesný pro diagnostiku důležitých aspektů organizační kultury. Nástroj umožňuje identifikovat jak současnou kulturu organizace, tak žádoucí profil kultury, ke kterému by se měla organizace podle členů organizace posunout, aby dosáhla úspěchu i v budoucnosti vzhledem k požadavkům okolního prostředí.

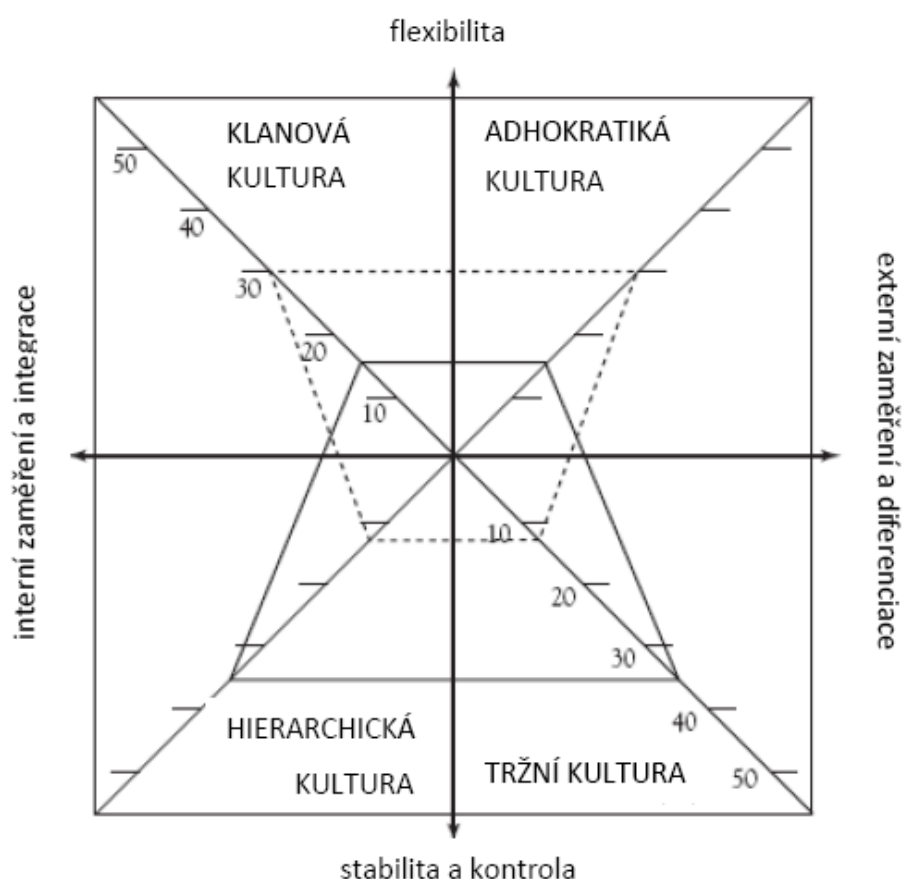
Hlavním účelem OCAI je zjistit obsah organizační kultury na základě šesti klíčových obsahových komponent, kterými jsou:

- 1) dominantní rysy organizace (popisují charakteristické rysy atmosféry organizace)
- 2) způsob vedení organizace (vůdcovské schopnosti, které v organizaci převažují)
- 3) způsob řízení zaměstnanců (identifikuje styly řízení užívané v organizaci)
- 4) soudržnost organizace (co drží organizaci pohromadě)
- 5) strategické faktory (na jaký cíl je organizace zaměřena)
- 6) kritéria úspěchu (co je v organizaci definováno jako úspěch).

Kombinace těchto komponent odráží základní kulturní hodnoty a implicitní předpoklady o fungování organizace. Přestože se nejedná o zcela vyčerpávající seznam dimenzí, které s organizační kulturou souvisí, výzkumy prokázaly, žeOCAI dokáže vytvořit odpovídající obraz typu kultury, který v organizaci skutečně existuje.

Jednoznačnou výhodouOCAI je jednoduchost, jak při vyplňování samotného nástroje, tak při následném zpracování výsledků.OCAI se skládá z šesti částí korespondující se zmíněnými šesti obsahovými komponenty. Každá část nabízí čtyři alternativy odpovědí. Respondent rozděljuje 100 bodů mezi jednotlivé alternativy, na základě jejich shody se skutečným fungováním organizace. VyhodnoceníOCAI spočívá v prostém sečtení bodů pro každou alternativu ve všech částech dotazníků. Následně se každá suma odpovědí vydělí 6. Výsledný skóre alternativy pak odpovídá určitému typu organizační kultury. Pro lepší znázornění výsledků je možné skóre převést na číselnou osu a vytvořit přehlednou grafickou podobu profilu organizační kultury (obrázek 3).

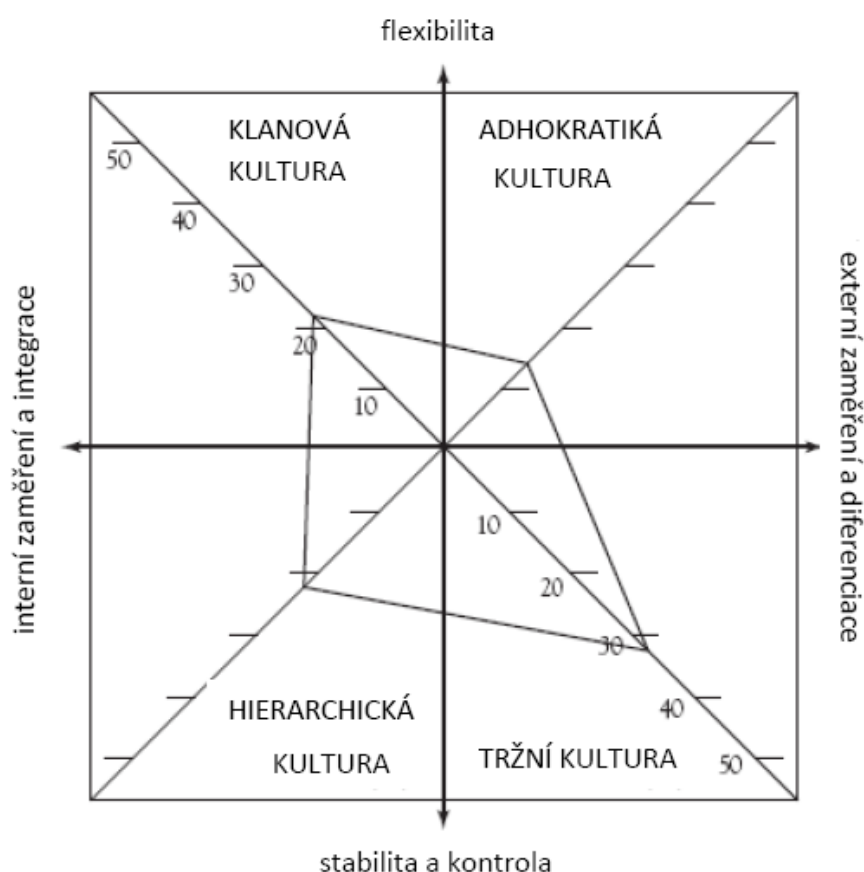
Obrázek 5: Profil současné a žádoucí organizační kultury



Zdroj: Cameron a Quinn, 2006, s. 86

Pomocí OCAI dokážeme dále určit i sílu a jednotnost kultury. Síla kultury je dána počtem bodů přiřazených jednotlivým kulturním typům. Čím vyšší je počet bodů, tím silnější, nebo dominantnější daná kultura je. Kulturní jednotnost se ukáže v míře shodnosti bodování jednotlivých otázek vztahujících se k jednomu typu kultury. To znamená, že pokud bychom vytvořili grafickou podobu profilu pro každou z šesti obsahových komponent, vypadaly by všechny grafy stejně. Kromě možnosti určení typu, síly, jednotnosti kultury a rozdílů mezi současnou a žádoucí organizační kultury nabízejí Cameron a Quinn (2006) možnost porovnat profil organizační kultury s průměrným organizačním profilem sestaveným z více než tisíce organizací (obrázek 6) a s trendy, které autoři zaznamenali během více jak dvacetileté práce s tímto nástrojem.

Obrázek 6: Průměrný profil organizační kultury



Zdroj: Cameron a Quinn, 2006, s. 90

6. 1. Metody skórování

K nejpoužívanějším a nejznámějším metodám bodování patří Lickertova škála. Respondenti hodnotí jednotlivé výroky na pěti, nebo sedmibodové škále od „zcela souhlasím“ po „zcela nesouhlasím“. Ačkoliv Cameron a Quinn (2006) provedli několik výzkumů, kde použili Lickertovu škálu, záměrně vybrali pro OCAI jinou metodu, tzv. ipsativní metodu bodování, tedy způsobu, ve kterém respondenti rozdělují 100 bodů mezi nabízené alternativy. Tato metoda má podle autorů své výhody i nevýhody. Výhodou je, že metoda odlišuje a zvýrazňuje kulturní jedinečnosti, které skutečně v organizaci existují, neboť 100 bodová škála diferencuje lépe než pěti bodová. Další hlavní výhodou ipsativní metody je, že respondenta donutí identifikovat rozdíly, které jsou taktéž pro organizace přirozené. Při použití Lickertovy škály mají respondenti tendenci skórovat ve všech kvadrantech vysoko, nebo naopak nízko.

Zatímco Lickertova škála předpokládá, že jsou jednotlivé otázky nezávislé, ipsativní metoda naopak dává odpovědi, které jsou vzájemně závislé. Vystává tak první nevýhoda používání ipsativní metody, neboť je tímto porušen jeden z předpokladů pro statistické korelační analýzy – nezávislost položek. Cameron a Freeman (1991) a Zammuto a Krakower (1991) přesto předkládají argumenty, které podporují vhodnost použití některých standardních statistických technik i pro tento druh dat a navíc nabízejí i alternativní statistické techniky, které je možné pro analýzu dat použít. Jsou ale i výzkumníci (například Quinn a Spreitzer, 1991), kteří ve svých studiích preferovali Lickertovu škálu a k analýze dat použili standardní statistické metody. Cameron a Quinn (2006) odborníkům doporučují použít takovou statistickou techniku, která bude nejlépe vyhovovat jejich výzkumným záměrům.

6. 2. Reliabilita a validita OCAI

Abychom mohli OCAI označit za kvalitní a užitečný nástroj pro měření organizační kultury je nutné ujistit se, že je tento nástroj jak validní tak reliabilní. To znamená najít důkazy o tom, že nástroj měří, co měřit má a to pokaždé, když tento nástroj k měření zvolíme.

OCAI patří mezi nástroje, jejichž reliabilita a validita byla zkoumána mnoha výzkumníky v průběhu jejich analýz studujících rozličné typy organizací. Uvedme tedy aspoň některé studie, které dokazují reliabilitu a validitu nejen tohoto nástroje, ale i modelu CVF.

6. 2. 1. Reliabilita

Reliabilita (spolehlivost měření), udává míru shody výsledků při opakovaném měření (typu kultury). Jednu ze studií, která testovala reliabilitu OCAI, provedli v roce 1991 Quinn a Spreitzer. 796 respondentů z 86 různých firem zabývajících se veřejnými službami pomocí OCAI

identifikovalo organizační kulturu svého podniku. Mezi respondenty byl zastoupen top management (13 % vzorku), vyšší střední management (45 %), střední management (39 %) i řadoví zaměstnanci (2%). K určení míry reliability bylo spočteno Cronbachovo alfa pro každý typ kultury. Všechny koeficienty byly statisticky signifikantní a dostatečně dosahovaly standardů reliability. Jednotlivé typy kultur nabývaly následujících hodnot: klanová kulata 0,74, adhokratická kultura 0,79, hierarchická kultura 0,73 a tržní kultura 0,71. Autoři tak prokázali, že respondenti mají tendenci posuzovat organizační kulturu konzistentně ve všech různých otázkách tohoto nástroje.

Další studii dokazující reliabilitu OCAI provedli ve stejném roce Yeung, Brockbank a Ulrich (1991). Zajímavostí, ke které autoři během výzkumu dospěli, bylo, že pro žádnou z firem nebyl dominantním kvadrantem kvadrant tržní kultury. Nejčastěji dominovala hierarchická kultura (44 %), následována klanovou a adhokratickou kulturou (15 % a 14 %). Pouze 6 % firem mělo shodně dominantní všechny typy kultur a u 22 % firem se neprokázala žádná z kultur jako dominantní.

Kromě výše uvedených studií došlo ke stejným výsledkům v otázce reliability nástroje OCAI nespočet dalších výzkumů (více viz např., Zammuto a Krakower, 1991). Podle Camerona a Quinna (1999) vzniklo dostatečné množství prací, které testováním reliability OCAI prokázaly porovnatelnost reliability tohoto nástroje s nástroji běžně používanými v sociálních vědách.

6. 2. 2. Validita

Validita (platnost měření) představuje parametr udávající, nakolik metoda měří to, co má být měřeno. V našem případě to znamená, zda OCAI skutečně měří čtyři typy organizační kultury.

Cameron a Ettington testovali validitu OCAI ve své výzkumu 334 institucí vyššího vzdělání na reprezentativním vzorku čtyřletých vysokých škol a univerzit ve Spojených státech. Celkem se účastnilo 3 406 respondentů, převážně zástupců na vedoucích pozicích akademických orgánů a součástí univerzit. Žádná organizace nebyla charakterizována zcela jedinou kulturou, ale dominantní kultury byly jasně rozpoznatelné ve všech institucích. Nejčastěji se objevovala klanová kultura, nejméně pak kultura tržní. Celkem 236 institucí vykazovalo kulturní jednotnost (tzn. jeden kulturní typ byl dominantní ve všech aspektech kultury). K prokázání validity OCAI Cameron a Freeman využili ukazatele organizační efektivity (identifikované Cameronem v jeho dřívějším výzkumu). Ukazatelé posloužili k určení rozdílů v míře efektivity mezi silnými a slabými kulturami, mezi kulturně jednotnými a kulturně nejednotnými organizacemi a mezi jednotlivými typy kultur. Výzkum prokázal, že síla kultury a kulturní jednotnost nejsou v determinaci organizační efektivity tolik významné jako typ kultury. Statisticky signifikantní

rozdíly byly prokázány pouze při porovnání různých typů kultur. Po porovnání typu kultury s oblastí efektivnosti, ve které organizace vynikala strukturou, strategií a rozhodovacím procesem dospěli autoři k následujícím výsledkům. Instituce s klanovou kulturou byly nejvíce efektivní v oblastech výkonnosti vztahujících se k morálce, spokojenosti, interní komunikaci a spolupráci, tedy ve všech attributech konzistentních s hodnotami klanové kultury. Instituce s adhokratickým typem kultury prokázaly nejvyšší efektivnost v oblastech spojených s adaptací, otevřeností systému, inovacemi a špičkovými znalostmi – všemi atributy odpovídajícími hodnotám adhokratické kultury. Instituce s tržně orientovanou kulturou vynikaly ve schopnostech získat potřebné zdroje, jako příjmy, schopné talenty a institucionální viditelnost, opět v attributech odpovídajících hodnotám tržní kultury. Instituce s hierarchickým typem kultury nevynikaly v žádné oblasti výkonnosti. Dodatečné analýzy prokázaly, že instituce s odlišnými typy kultur se odlišovaly i ve strategickém řízení, organizační struktuře a procesu rozhodování. Pro klanovou kulturu byla charakteristická vysoká míra koheze a kolegialita v rozhodování a smysl pro určení identity a mise instituce. Adhokratickou kulturu charakterizovaly inovace, agresivní strategie a iniciativa, tržní kulturu pak agresivita a strategie podporující hledání nových tržních příležitostí (prospektor strategies). Pro hierarchickou kulturu byl charakteristický důraz na efektivitu a přísnou finanční kontrolu. Analýzy tedy prokázaly vysokou míru shody zastávaných hodnot a organizačních atributů s hodnotami a atributy charakteristickými pro každý typ kultury v modelu CVF. Jinými slovy prokázaly validitu (concurrent validity) měřicího nástroje OCAI.

Prokázat validitu OCAI se podařilo i Quinnovi a Spreitreovi (1991), konkrétně validitu konvergentní a diskriminační (více viz Quinn a Spreiter, 1991), nebo Zammutovi a Krakowerovi (1991). Jak uvádějí Cameron a Quinn (1999), na základě těchto a mnoha dalších studií můžeme tvrdit, že OCAI skutečně (a spolehlivě) měří dimenze organizační kultury, které mají signifikantní dopad na chování jedinců i celé organizace.

7. Organizační kultura ve zdravotnictví⁶

Zdravotnictví můžeme obecně definovat jako „*souhrn specializovaných zařízení, poskytujících profesionální služby v oblasti péče o zdraví, která vyvíjejí činnost v příslušném legislativním, ekonomickém a sociálním rámci.*“ (Ivanová, 2006, s. 161) Odlišnost zdravotních organizací je dána jednak specifickými rysy celého systému zdravotnictví, jednak tím, že se v převážné většině jedná o organizace netržního typu. To vytváří v každé zdravotnické organizaci podmínky pro určitou organizační kulturu, odlišnou od organizací jiných odvětví a oborů.

Mezi specifické rysy systému zdravotnictví patří podle Ivanové následující (Ivanová, 2006, s. 170):

- Zdravotnictví je pouze jedním z činitelů utvářejících úroveň zdravotního stavu obyvatelstva.
- Postoje veřejnosti ke zdravotnictví jsou velmi citlivé.
- Mezi rozhodnutím strategického významu ve zdravotnické péči a výsledkem (projevem) přijatých rozhodnutí ve zdravotnictví existuje dlouhodobé rozpětí.
- Diagnostika a léčba některých chorob je spojena s velkými náklady, ačkoliv přínosy pro společnost jsou relativně malé (např. transplantace).
- Ve zdravotnické péči je plněno mnoho dílčích cílů, pro které lze jen stěží stanovit jednoznačná a snadno hodnotitelná kritéria.
- Ve zdravotnictví mohou odborně pracovat pouze osoby s určitým, zákonem stanoveným vzděláním. Pracovníci jsou navíc povinni se celý život průběžně vzdělávat.
- Diagnostika a léčba většiny nemocí nemá jednotně předepsané postupy.
- Zaměstnanci ve zdravotnictví nesou velkou tíhu odpovědnosti za svou práci a jsou na ně kladeny mimořádné etické požadavky.

K jednomu z hlavních kritérií dělení formálních organizací patří poslání a účel těchto organizací. Formulace poslání organizace v sobě nese odůvodnění její existence a definuje konkrétní úkoly, které vykonává v rámci společenského uspokojení služeb. Oproti tržním organizacím, jejichž cíle stanovuje majitel a ekonomické prostředí, poslání a cíle organizací netržního typu určuje legislativa a „společenská dohoda“. Hlavní cíle organizací jsou vždy spojeny s určitými hodnotami, které organizace zastává. Hodnotou se rozumí něco, čeho si vážíme, co považujeme v životě za důležité, čemu dáváme přednost před čímkoliv ostatním. Hodnotou pro zdravotnictví je jedna z klíčových hodnot společnosti, lidské zdraví. Gladkij tvrdí, že „*pochopení jevů a pojmů*

⁶ Zpracováno převážně podle: Ivanová, 2006. (in: Nováková, 2010)

jako jsou život, zdraví, nemoc, smrt, bolest a jejich determinanty představuje způsob, jak interpretovat cíle zdravotnického systému“ (Gladkij, 2003, s. 1). Skutečný cíl zdravotnictví je směsí několika cílů. Je tu od toho, aby upevňovalo, podporovalo a navracelo zdraví a hledalo možnosti zdravého života. Právě výjimečnost poslání zdravotnických organizací je jedno z nejvýznamnějších specifíků, které ovlivňuje kulturu těchto organizací.

Dalším faktorem ovlivňujícím kulturu ve zdravotnických organizacích je specifikum pomáhajících profesí. Profese lékaře nebo sestry má stejně jako jiná povolání danou požadovanou odbornost, tedy souhrn vědomostí a dovedností, které si musí pro výkon svého povolání osvojit. Role lékaře, nebo sestry však s sebou nese mnohé problémy, které jiné profese neřeší. Neustále se dostávají do kontaktu s bolestí, nemocí i smrtí. Setkávají se často s lidmi v nouzi, kteří od nich očekávají porozumění a spoluúčast a ačkoliv by zdravotník měl pacientovi prokazovat sympatie, emocionálně by měl zůstat neutrální. Každodenní role zdravotníka nedovoluje jakékoliv osobní (civilní) projevy vůči pacientům, jsou povinni ke všem přistupovat spravedlivě. Nesou odbornou, právní i etickou odpovědnost po celou dobu procesu léčení. Role lékaře či sestry znamená přijetí úkolu celoživotního vzdělávání a hodnoty zdraví a lidského života jako základní priority.

K specifíkům pro obor zdravotnictví patří i rozsah činnosti. V dnešní společnosti stále přibývá chronických chorob, na které medicína stále nenašla způsob léčby, průmyslová výroba způsobuje růst počtu alergiků a lidí s poruchami imunity, dochází ke stárnutí populace. Zdraví se stává zbožím a medicína komerční záležitostí, podléhá kulturnímu nátlaku na pokrok spojený s poznáváním a zlepšováním. Mění se společenské stanovení základních hodnot života a smrti (např. interrupce, transplantace). Navíc dochází k medicinalizaci života, to znamená, že různé osobní a sociální problémy a dříve běžné životní procesy, jsou označovány za zdravotní problémy a tedy záležitosti medicíny.

8. Přehled o stavu a vývoji zdravotnictví v posledních letech

Při zkoumání organizační kultury ve zdravotnickém zařízení je důležité uvědomovat si specifika oblasti zdravotnictví, především systému zdravotnictví, který má velký vliv na činnost veškerých zdravotnických zařízení. Toto tvrzení koresponduje i s výše uvedenou definicí organizační kultury E. Scheina, podle kterého je organizační kultura z části utvářena externí adaptací, to znamená, že organizace hledá konsenzus v otázkách cílů, kterých chce dosáhnout, a jejich strategie a nástrojů, pomocí kterých chce těchto cílů dosáhnout. Všechny zmíněné otázky jsou determinovány externím prostředím organizace, v našem případě zdravotnickým systémem a politikou v oblasti zdravotnictví. Z tohoto důvodu věnuji poslední kapitolu teoretické části stručnému přehledu o stavu a vývoji českého zdravotnictví v posledních letech.

Podle Koncepce MZ ČR z roku 2005 v českém zdravotnictví „deformace nastaly zejména po roce 1992, kdy se do regulovaného prostředí vpustil trh a nepromyšlená privatizace“ (Svaz zdravotních pojišťoven ČR, 2005, s. 2). Na rozdíl od tvrzení Koncepce MZ ČR vidí domácí i zahraniční ekonomové obeznámení s problematikou zdravotnictví, včetně expertů mezinárodních organizací, kteří se problematikou českého zdravotnictví v poslední době zabývali (OECD, Světová banka), jako příčinu existujících problémů spíše následující faktory (Svaz zdravotních pojišťoven ČR, 2005, s. 2)⁷:

1. Chaotické řízení, polovičatost a nekonceptnost, včetně zvrátů v dosavadní zdravotní politice vyústily v silně deformovaný, hybridní systém, který je zneužíván všemi zúčastněnými bez jakékoli jasně přiřaditelné odpovědnosti.
2. V důsledku řady základních pravidel se vytvořil systém, kde zřizovatelé, především ministerstvo zdravotnictví ČR, ale do jisté míry i kraje, mají zásadní konflikt zájmů - v praxi se poskytovatelům péče „nadržuje“.
3. Velmi nízká zodpovědnost ministerstva zdravotnictví za dodržení finanční rovnováhy v resortu - ministerstvo svými vyhláškami a vstupy do dohodovacího řízení způsobuje vznik finanční nerovnováhy.

⁷ V dokumentu nazvaném „Návrh systémových změn veřejného zdravotního pojištění v ČR“ formuluje SZP ČR vlastní představu o reformě českého zdravotnictví, kterou zveřejnil 21. 5. 2005 v Brně na veletrhu URBIS/ Fóra investičních příležitostí, technologií měst a obcí. Navrhuje opatření k finanční stabilizaci systému a definování potřebného objemu nabídky zdravotní péče. Dále doporučuje individualizaci vztahu mezi pojištěncem a jeho zdravotní pojišťovnou.

4. Nesprávné nastavení motivací prakticky všech složek systému veřejného zdravotního pojištění vyústující v jeho zneužívání, respektive plýtvání veřejnými prostředky.
5. Velmi slabé postavení občana v systému, který je sice přímo formou spoluúčastí a poplatků za poskytnutou péči zatěžován mnohem méně než téměř ve všech zemích na světě, ale zároveň je vystaven silnému morálnímu hazardu. Informace o kvalitě a nákladech poskytované péče jsou pro něho prakticky nedostupné.
6. Omezování rozhodovacích pravomocí zdravotních pojišťoven a jejich odpovědnosti vůči pojištěncům za náklady a kvalitu péče oslabuje smysl jinak potenciálně výhodného modelu plurality nositelů zdravotního pojištění.
7. Chybně nastavená cenová regulace léčivých přípravků a zdravotní techniky doprovázená nesprávně nastaveným systémem marží distributorů a lékáren, která motivuje k preferenci drahých léčivých přípravků a prostředků zdravotní techniky.
8. Rozsah služeb hrazený z veřejného zdravotního pojištění, který je velmi široký a nereflktuje medicínské priority. Z veřejného zdravotního pojištění jsou hrazeny i výdaje, jež jsou sociálního charakteru, či výdaje hotelového typu.

Komplikovaná situace českého zdravotnictví vyústila v roce 2010 v protestní akci lékařů, pojmenované podle hesla „Děkujeme, odcházíme“, organizovanou Lékařským odborovým klubem (LOK) v čele s předsedou odborového klubu Martinem Engelem. Kampaň měla plnou podporu i od České lékařské komory (ČLK). Kromě zvýšení základních platů lékaři chtěli dosáhnout omezení přesčasové práce, zlepšení atestačního vzdělávání, nastartování reformy zdravotnictví a upozornit na plýtvání v hospodaření nemocnic a zdravotních pojišťoven. Hlavním nátlakovým prostředkem, namířeným zejména proti Ministerstvu zdravotnictví (MZ ČR), v té době v čele s ministrem zdravotnictví Leošem Hegerem, bylo dobrovolné podání výpovědí, které vstupovaly v platnost k 1. březnu 2011. Výpověď ke konci roku 2010 skutečně podalo 3837 lékařů, podle odhadů zhruba čtvrtina lékařů pracujících v českých a moravských nemocnicích, a to především v klíčových oborech jako jsou ARO, chirurgie, RTG, neurologie a neonatologie. Důvody exodu formulovali odbory do třinácti bodů:⁸

1. České zdravotnictví je dlouhodobě podfinancované - podíl HDP osciluje kolem 7 %, zatímco obvyklý průměr v EU je 10 %. Ze sledovaných zemí OECD jsou za námi pouze Polsko, Mexiko a Korea.
2. Nízká platba státu za státního pojištěnce, která neodpovídá objemu financí za péči, které tito "státní" pacienti zkonsumují. Neexistence systému komerčního připojištění.

⁸ Zdroj: <<http://www.dekujeme-odchazime.cz/>>

3. Velké nedostatky ve vnitřním chodu zdravotnictví - největší položkou je chaos v lékové politice, kudy utíkají miliardy.
4. Podivné hospodaření v nemocnicích - předražené zakázky (stavební, nákup přístrojů a léků apod.).
5. Nízké platy lékařů, které neodpovídají náročnosti povolání, potřebnému vzdělání a prestiži.
6. Zcela destruovaný systém vzdělávání, který vede k odchodu mladých lékařů do ciziny.
7. Odchody lékařů do ciziny kvůli lepším pracovním podmínkám. Zůstávající lékaři jsou zatěžováni vyšší odpovědností, než odpovídá jejich kvalifikaci a vyšším počtem přesčasové práce.
8. Nedodržování zákoníku práce vede k přetěžování lékařů a následně i k možným chybám lékařů, které je vystavují postihu.
9. V roce 2013 přestane platit výjimka u evropské směrnice o přesčasové práci, která bude klást ještě větší nároky na personální vybavení nemocnic.
10. Kvůli personálnímu nedostatku, špatné organizaci a neracionálnímu nakládání s finančními prostředky dochází ke zhoršování péče o pacienty, za něž nechtějí lékaři přebírat odpovědnost.
11. Nesplněné sliby politiků - od roku 1989 jsou lékaři přesvědčováni, že nejprve se musí změnit systém a pak dojde k napravení jejich platů. Doposud se tak nestalo.
12. Politické strany vedou o zdravotnictví ideologickou válku, přičemž ke změnám je třeba dohoda politiků napříč spektrem, jak je patrné v cizině.
13. Zdravotnictví je resortem, kde se vystřídal nejvíce ministrů zdravotnictví, koncepcí a rozdílných pohledů. Stále jsou nějaké volby, ať již řádné či předčasné, takže lékaři nemají záruku, že se potřebné změny uskuteční.

Obrázek 7: Logo protestní akce „Děkujeme, odcházíme“



Akce „Děkujeme, odcházíme“ byla ukončena v únoru roku 2011 podpisem Memoranda o úpravě poměrů ve zdravotnictví ministrem zdravotnictví L. Hegera a předsedou LOK-SČL M. Engelem. Dokument v sedmi bodech upravuje mechanismus navýšení platů lékařů a spolupráci odborů, ČLK, odborných společností a asociací sester s ministerstvem zdravotnictví na systému vzdělávání, změnách kompetencí zdravotníků a přípravě reformních a protikorupčních kroků.

Protestní akce lékařů „Děkujeme, odcházíme“ si přízeň většiny veřejnosti nezískala. Podle průzkumu agentury STEM/MARK provedené na konci ledna roku podporu nacházejí nemocniční lékaři jen u 17 % dospělé populace, častěji je to mezi muži, osobami ve věku 18 – 29 let a obyvateli největších měst (nad 100 tisíc obyvatel). Naopak nesouhlasně se k protestu lékařů staví 56 % občanů, zejména lidé žijící ve středně velkých městech. Poměrně velká část dospělé populace – 28 % nemá na danou problematiku vyhraněný názor. V tomto případě se častěji jedná o osoby se základním vzděláním a obyvatele menších obcí.

V červnu letošního roku, více jak rok po podpisu Memoranda ukončující protestní akci „Děkujeme, odcházíme“, po poradě předsedů nemocničních organizací oznámil předseda LOK Martin Engel, že protestní akce zdravotníků „Děkujeme, odcházíme“ bude mít pokračování, které bude ještě razantnější a mezinárodně koordinované.⁹ V boji za zvýšení platů se v něm totiž spojí lékaři zemí visegrádské čtyřky (V4), připojit by se měli i sestry a ostatní personál. Cílem je podle Engela vymoci na vládě plnění memoranda, tedy zejména tu část, která počítala s vyššími platy

⁹ Zdroj: <<http://zpravy.e15.cz/domaci/udalosti/zapomente-na-dekujeme-odchazime-lok-slibuje-jeste-vetsi-protesty-775106>>

pro lékaře (oproti slibovanému desetiprocentnímu nárůstu platů stouply platy v nemocnicích „jen“ o 6,25 % a jen ve státních nemocnicích, v krajích se lékaři a sestry více peněz nedočkali).

9. Diagnostika organizační kultury zdravotnického zařízení – empirická studie

9. 1. Východiska empirické studie

O málokterém resortu v České republice se v posledních letech mluví tak často jako právě o zdravotnictví (Ivanová, 2006 s. 161). Vývoj a pohyb českého zdravotnictví od roku 1990 se nedá popsat jinak než jako bouřlivý a divoký i přesto, že velké množství rysů systému zdravotnictví zůstalo beze změn, nebo se mění jen málo.

O organizační kultuře ve zdravotnictví se v zahraniční literatuře začíná hovořit především ve vztahu k reformám zdravotnických systémů. To že je organizační kultura důležitou součástí i v oblasti zkvalitnění zdravotní péče a výkonu zdravotních organizací si uvědomují například ve Spojených státech (Institute of Medicine, 2001, podle Scott, 2003), nebo ve Velké Británii, kde se organizační kultura stala klíčovým prvkem reforem probíhajících od roku 2000 (Department of Health, 2000, 2002, podle Scott, 2003).

Přestože je koncept organizační kultury více jak 20 let starý, v českém prostředí je mu podle mého názoru věnována zatím jen velmi malá pozornost, a to jak v oblasti odborné literatury, tak v manažerské praxi. Jediným odborníkem, který se dlouhodoběji a systematicky organizační kulturou v Česku zabývá, je doc. PhDr. Růžena Lukášová, CSc., která byla v letech 2002 – 2004 odpovědnou řešitelkou grantového projektu GAČR¹⁰ č. 402/02/0114 „Organizační kultura českých firem“¹¹. V rámci tohoto projektu Lukášová publikovala na téma organizační kultury již řadu článků a knih (např. Lukášová 2003, 2004a, 2004b, 2006, 2010).

Snahy o aplikaci organizační kultury v prostředí zdravotnictví bychom ale v Česku hledali marně. Přesto, že se mnoho expertů (ekonomů, sociologů, politiků a dalších) v poslední době zabývá otázkou reformy českého zdravotnictví, nikdo implicitně nespojuje potřebu reformy nastaveného systému s potřebou zohledňovat změnu organizační kultury (jako tomu je v USA a Velké Británii).

Důležitost poslední kapitoly teoretické části o přehledu stavu českého zdravotnictví je dána i propojením realizovaného výzkumu (využitého v empirické části) se situací zdravotnictví v ČR - zadavatelem výzkumu byl management fakultní nemocnice (pro zachování anonymity budeme

¹⁰ Grantová agentura České republiky

¹¹ Projekt je zaměřen na analýzu organizační kultury českých firem se zřetelem k jejich strategickému chování. Cílem výzkumu, který má být proveden u cca 120 firem, je prostřednictvím empirické konstrukce typologie zmapovat typické obsahy organizační kultury na úrovni hodnot, základních předpokladů a přístupů a popsat tendence v chování organizací jednotlivých kulturních typů. Výzkum má prohloubit dosavadní vědecké poznání v dané oblasti a přinést poznatky potřebné pro efektivní řízení českých firem (<http://www.muni.cz/research/projects/1635>).

nemocnici označovat jako Nemocnici), který chtěl reagovat výzkumem spokojenosti lékařů na situaci v českém zdravotnictví a na proběhlou akci „Děkujeme, odcházíme“. S plánovaným projektem oslovil management Nemocnice katedru sociologie filozofické fakulty Univerzity Karlovy, jejíž výzkumný tým začal od června roku 2011 ve spolupráci s managementem Nemocnice připravovat výzkumný projekt, včetně návrhu podoby výzkumného nástroje.

Jako členka výzkumného týmu katedry sociologie jsem viděla v možnosti ovlivnit obsah dotazníku jedinečnou příležitost pro rozšíření výzkumu o organizační kulturu, která s tematickým záměrem plánovaného výzkumu korespondovala. Organizační kulturou ve zdravotnickém zařízení jsem se zabývala již ve své bakalářské práci, neměla jsem však možnost účastnit se výzkumu (navíc výzkumu takového rozsahu), kde bych mohla aplikovat konkrétní výzkumný nástroj pro měření organizační kultury.

Pár slov o Nemocnici¹²

Nemocnice, jejíž lékaři byli objektem výzkumu, patří mezi největší fakultní nemocnice v České republice. Pacientům všech věkových kategorií poskytuje specializovanou a superspecializovanou péči ve všech oborech medicíny v souladu s dostupnými poznatky současné lékařské vědy. Nemocnice má celkem 56 medicínských útvarů - klinik a oddělení. Jako taková poskytuje žurnalistické obci z řad tištěných i elektronických médií řadu informací nejen o stavu pacientů, ale také o ekonomice, personální politice a dalších sférách života jednoho z největších zaměstnavatelů v kraji. Nemocnice je příspěvkovou organizací, jejímž zřizovatelem je MZ ČR. Základním zdrojem financování Nemocnice jsou příjmy získané za poskytovanou léčebnou péči od zdravotních pojišťoven. Tyto příjmy tvoří více než 83 % celkových výnosů Nemocnice. Dalšími zdroji příjmů jsou potom tržby za prodané zboží, příjmy za léčebnou péči nehrazenou ze zdravotního pojištění atp. Provozní dotace tvoří 0,5 % celkových příjmů Nemocnice. Jako základní hodnoty, které Nemocnice ctí, jsou uváděny:

- pacient/klient je vždy na prvním místě,
- zaměstnanec Nemocnice vykonává veškerou svou činnost s ohledem na zájmy a dobré jméno nemocnice a pacienta,
- zaměstnanec Nemocnice jedná ve shodě s obecně uznávanými mravními principy,

K cílům firemní kultury Nemocnice uvádí: „Stejně jako kulturu člověka, politické scény či dokonce celé společnosti, nelze ani kulturu firmy nebo organizace nařídit či nastolit. Není to akt rozhodnutí, je to proces vývoje, budování a nakonec jednoty. Cílem implementace firemní kultury

¹² Zdrojem informací jsou internetové stránky Nemocnice

je komplexní jednota Nemocnice a to nejen formální, ale především obsahová.“ Závěrem už zbývá jen dodat motto Nemocnice, které zní: „Chceme a umíme léčit“.

9. 2. Předmět a cíle

Předmětem empirické části diplomové práce je analýza organizační kultury zdravotnického zařízení. Konkrétněji se analýza týká organizační kultury fakultní Nemocnice, ve které byl v rámci výzkumu spokojenosti lékařů využit modifikovaný nástroj pro výzkum organizační kultury po vzoru Cameronova a Quinnova výzkumného nástroje OCAI. Použitím obdoby OCAI do jisté míry otestujeme použitelnost tohoto nástroje pro oblast zdravotnictví v českém prostředí. Základem analýzy, kterou OCAI umožňuje je vytvoření profilu kultury organizace (dále umožňuje určit i sílu a jednotnost kultury).

Cíly empirické části diplomové práce jsou:

1. Sestavit a popsat profil organizační kultury Nemocnice (vnímaný lékaři Nemocnice).
2. Popsat sílu a typ kultury organizace.
3. Porovnat profily organizační kultury mezi různými skupinami lékařů Nemocnice.

9.3. Metoda výběru, sběru dat, objekt výzkumu¹³

Výzkum, který probíhal v minulém roce (2011) v Nemocnici, si vedle snahy zmapovat situaci v nemocnici po akci „Děkujeme, odcházíme“, kladl za cíl zjistit míru pracovní spokojenosti lékařů na jednotlivých klinikách/odděleních Nemocnice a poskytnout vedení nemocnice zpětnou vazbu a podklady pro takové nastavení firemních procesů, které povedou ke zvyšování spokojenosti lékařů, což přispěje také nemocnici jako organizačnímu celku.

Pilotní šetření probíhalo v srpnu 2011 na třech klinikách. Hlavní šetření probíhalo od října do prosince 2011. Zadavatelem výzkumu bylo vedení Nemocnice a realizován byl ve spolupráci s týmem katedry sociologie Filozofické fakulty Univerzity Karlovy.

Výzkum byl koncipován jako kvantitativní dotazníkové šetření. Ke sběru dat byl použit standardizovaný dotazník, k jehož vyplnění byli vyzváni všichni lékaři Nemocnice (průzkum byl prezentován jako dobrovolný). S přednosty a primáři jednotlivých klinik/oddělení byl veden standardizovaný rozhovor na základě stejného standardizovaného dotazníku.

¹³ S ohledem na to, že jediným a hlavním předmětem realizovaného průzkumu nebyla organizační kultura, je v úvodu této části představen cíl celého průzkumu.

O průběhu průzkumu v Nemocnici byli lékaři informováni ještě před začátkem hlavního šetření prostřednictvím oznámení na intranetu Nemocnice, dále prostřednictvím informačních letáků, které byly vyvěšeny v prostorech nemocnice, a také skrze své nadřízené, kteří byli o průběhu sběru dat blíže sepraveni na primářských poradách s vedením Nemocnice.

Dotazníky byly respondentům předány studenty katedry sociologie vždy po předchozí domluvě s vedením kliniky/oddělení na pravidelné ranní schůzi kliniky/oddělení, kde je také v ideálním případě měli lékaři ihned vyplnit a odevzdat do rukou studentů. V případě, že by lékaři nemohli vyplnit dotazníky ihned, byly připraveny zapečetěné sběrné boxy, které byly následně umístěny v prostorách klinik/oddělení, nejčastěji na sekretariátu kliniky/oddělení. Cílem tohoto způsobu distribuce bylo zastihnout co největší počet lékařů a mít také možnost seznámit je s cíli průzkumu, jeho metodikou a zodpovědět případné dotazy. Snahou studentů při předávání dotazníků bylo i ujistit lékaře o anonymitě celého šetření a podpořit tak návratnost celé akce.

Po předání dotazníků lékařům byl s přednosty a primáři klinik proveden rozhovor, opět vedený studenty katedry. Délka rozhovoru se většinou pohybovala v rámci jedné hodiny. Rozhovor s vedením klinik byl volen z důvodu osobnějšího přístupu a možnosti zajistit tímto způsobem jejich větší zainteresovanost.

Odevzdávat dotazníky mohli respondenti přímo do rukou studentů, nebo do zapečetěných sběrných boxů na sekretariátech klinik/oddělení, kde si je studenti následně vyzvedli.

Celkem bylo sebráno 313 platných dotazníků, což činí 43,9% evidenčního stavu zaměstnaných lékařů. Pro analýzu dat byl použit statistický software SPSS.

9.4. Výzkumný nástroj

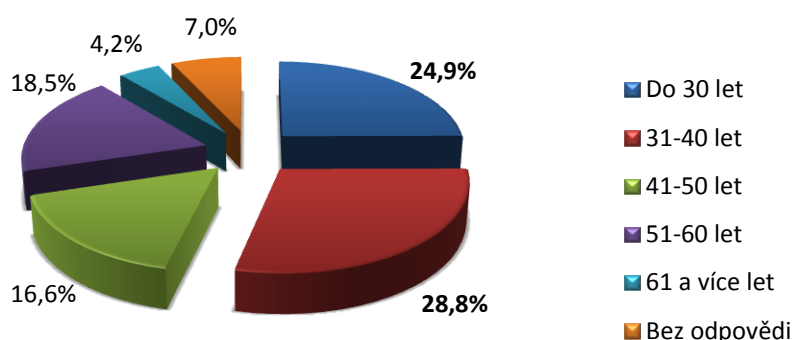
V průzkumu byl využit standardizovaný dotazník, vytvořený studenty katedry a jejich vedoucími za spolupráce s vedením Nemocnice. Dotazník obsahoval celkem 252 položek a jeho vyplnění respondentům zabralo 30 – 60 minut. Otázky v dotazníku byly převážně uzavřené, respondenti volili odpověď nejčastěji na čtyřdobové škále kde 1 je „zcela spokojen/a“ a 4 „zcela nespokojen/a“. Pro možnost vyjádření názoru vlastními slovy bylo připojeno i několik otevřených otázek. Průzkum se soustředil na oblast hodnocení a odměňování, na spokojenost s prací a pracovním prostředím, kvalifikaci a rozvoj, leadership, organizaci a řízení, vztahy, komunikaci a informovanost, loajalitu a vliv akce „Děkujeme, odcházíme“. Součástí dotazníku byla i sada otázek věnující se oblasti organizační kultury Nemocnice (viz níže), která je předmětem analýzy empirické části.

9. 5. Základní charakteristiky respondentů

Věkové rozložení respondentů

Věkové rozložení účastníků průzkumu ukazuje graf 1. Na otázku ohledně věku odpovědělo 291 lékařů, dalších 22 (7 %) se jich do žádné věkové kategorie nezařadilo. Více než polovina lékařů (54 %) je mladší než 40 let, 90 z nich (29 % z celku) odpovídá věkové kategorii 31-40 let a 78 lékařů (25 %) je mladších 30 let. Do kategorií 41-60 let se zařadilo 110 lékařů, což odpovídá přibližně 35 %. Celkem 13 lékařů (4 %) uvedlo, že jsou starší než 60 let.

Graf 1: Věkové rozložení respondentů



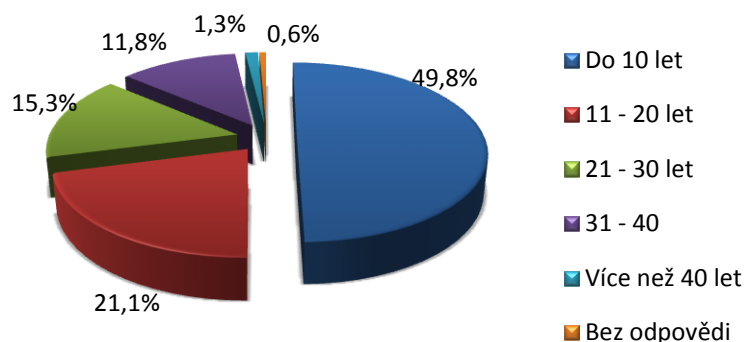
Pohlaví respondentů

Respondenti průzkumu jsou podle pohlaví rozděleni téměř přesně na polovinu. Lékařů-mužů odpovědělo celkem 148, představují tedy 51 % respondentů. Od žen bylo vybráno 145 dotazníků, což odpovídá 49 % dotázaných.

Délka zaměstnání ve zdravotnictví

Rozložení respondentů podle délky zaměstnání ve zdravotnictví znázorňuje graf 2. Otázku na délku zaměstnání ve zdravotnictví zodpovědělo 99, 4 % respondentů. Téměř polovina lékařů pracuje v oboru zdravotnictví do 10 let. Druhý největší podíl (21 %) pak připadá lékařům, kteří pracují ve zdravotnictví 11 až 20 let. Od 21 do 30 let je ve zdravotnictví zaměstnáno 15 lékařů (3 %) a 12 % dotázaných má ve zdravotnictví více než třicetileté zkušenosti.

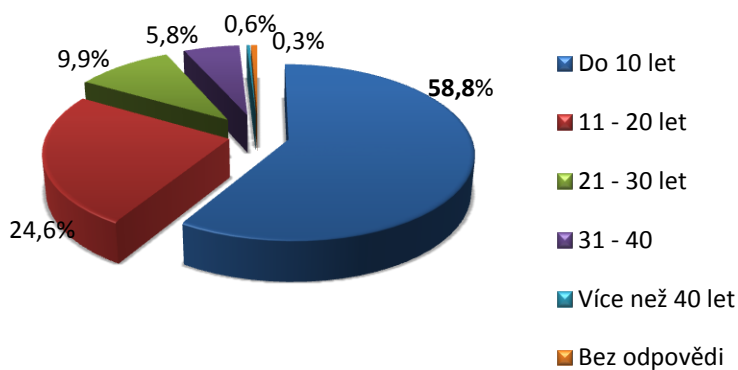
Graf 2: Délka zaměstnání ve zdravotnictví



Délka zaměstnání v Nemocnici

Počet let v Nemocnici (graf 3) téměř kopíruje roky, po které lékaři pracují ve zdravotnictví obecně. Je tedy zřejmé, že velký podíl lékařů pracuje od počátku své lékařské praxe v Nemocnici. Nadpoloviční většina lékařů pracuje v Nemocnici do 10 let, a to 58,8 %. Skoro čtvrtina dotázaných pracuje v Nemocnici 11 až 20 let. Necelých 10 % lékařů je v Nemocnici zaměstnáno 21 až 30 let. Nejmenší je pak podíl lékařů pracujících v Nemocnici 30 let a více.

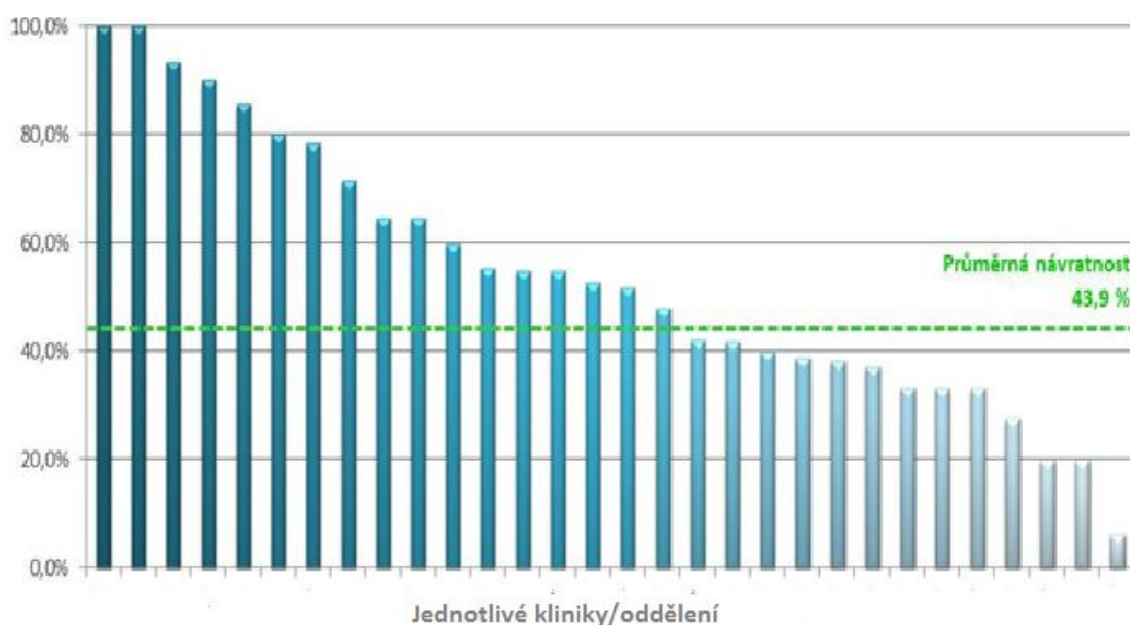
Graf 3: Délka zaměstnání v Nemocnici



Návratnost jednotlivých klinik/oddělení

Během tříměsíčního sběru dat se podařilo vybrat celkem 313 vyplněných dotazníků, z toho vyplývá celková návratnost 43,9 %. Na jednotlivých klinikách/odděleních byla návratnost následující:

Graf 4: Návratnost dle klinik/oddělení



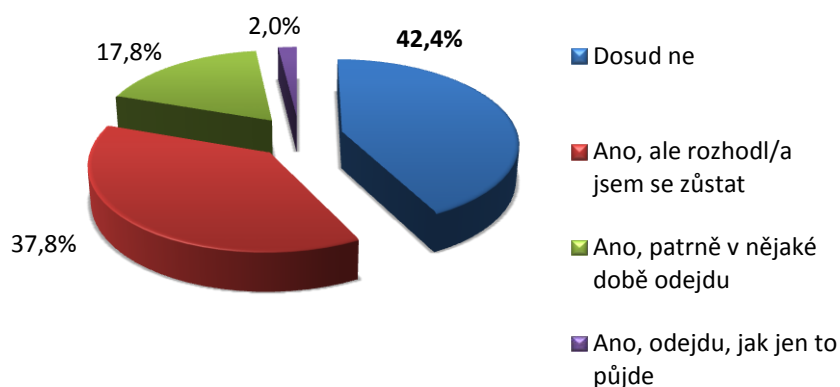
Dotazníky od všech lékařů byly získány na dvou klinikách/odděleních. Z 30 klinik/oddělení zůstalo pod průměr návratnosti Nemocnice, 7 z nich dokonce nepřekročilo hranici 30 %.

Fluktuační tendence

Fluktuační tendence byla zjišťována otázkou, zda lékaři již uvažovali o tom, že by odešli z kliniky. Na otázku 42 % lékařů odpovědělo, že dosud ne. Dalších necelých 40 % uvedlo, že o odchodu uvažovali, ale rozhodli se zůstat. Pokud by se naskytla nějaká vhodná a atraktivní příležitost, patrně odejde 54 lékařů (18 %). Pouze 6 lékařů (2 %) aktivně hledá možnost jiného zaměstnání. Poměrně vyšší hodnota fluktuace (v porovnání s organizacemi z jiných odvětví) je dána tím, že Nemocnice má statut fakultní nemocnice, jejímž úkolem je lékařům umožnit splnit atestaci a následně vyhledat uplatnění jinde.¹⁴ Fluktuační tendenci znázorňuje graf 5.

¹⁴ Celkově o tom, že patrně v nějaké době odejdou, uvažují především mladí lékaři po atestaci – 22 lékařů (44%) do 30 let a 21 lékařů (42%) od 31 do 40 let.

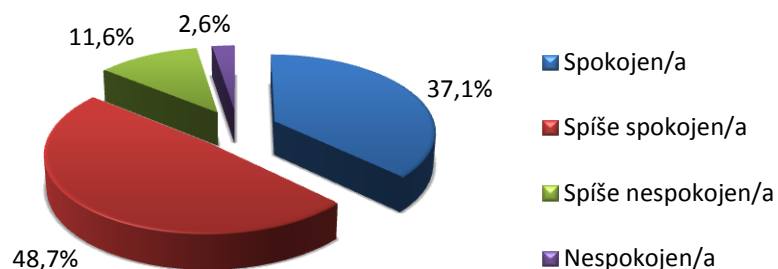
Graf 5: Fluktuační tendence



Celková spokojenost se zaměstnáním

Na otázku, jak jsou lékaři celkově spokojeni se zaměstnáním na své klinice nebo oddělení, téměř polovina z nich (49 %) odpověděla, že je spíše pokojena, dalších 37 % je spokojeno. Drtivá většina zúčastněných lékařů je tedy se zaměstnáním spokojena. Spíše nespokojeno a nespokojeno je celkem 44 lékařů (14 %).

Graf 6: Celková spokojenost se zaměstnáním



9. 6. Analýza organizační kultury Nemocnice

Organizační kultura nemocnice byla měřena sadou otázek vytvořených na základě Cameronova a Freemanova modelu CVF (1988). Vzhledem k primárnímu zaměření celého výzkumu na spokojenost zaměstnanců a požadavkům zadavatele na konečný výstup z výzkumu nebylo možné věnovat (už v tak obsáhlém) dotazníku mnoho prostoru jen organizační kultuře. Z tohoto důvodu nebyl k měření organizační kultury použit originální měřicí nástroj OCAI. Modifikovaná verze se skládala z 12 otázek respektujících jednotlivé kvadranty CVF, uzpůsobených tak, aby svými formulacemi odpovídaly prostředí nemocnice. Otázky a až c odpovídaly svou formulací popisu adhokratické kultury, otázky d až f kultury tržní, otázky g až i hierarchické kultury a j až l klanové kultury. Metoda skórování byla přizpůsobena metodě skórování ve většině dotazníku, respondenti tedy hodnotili jednotlivé výroky na čtyřbodové škále, kde 1 znamenalo „Ano“, 2 „Spíše ano“, 3 „Spíše ne“ a 4 „Ne“. Výsledná podoba baterie je k nahlédnutí na obrázku 8.

Obrázek 8: Baterie otázek k organizační kultuře použita v dotazníku výzkumu

Pro naši kliniku/oddělení je charakteristické, že se zde klade důraz na:					
		Ano	Spíše ano	Spíše ne	Ne
a.	inovace, změny, pokrok	1	2	3	4
b.	hledání nových technologií, léčebných postupů	1	2	3	4
c.	pružnost vůči pacientům, zdravotním pojišťovnám	1	2	3	4
d.	výsledky, efektivitu, náklady	1	2	3	4
e.	realizaci cílů, úkolů kliniky	1	2	3	4
f.	koordinaci, organizaci práce	1	2	3	4
g.	standardizaci, postupy a vnitřní pravidla	1	2	3	4
h.	tok informací uvnitř kliniky	1	2	3	4
i.	dokumentaci a administrativu	1	2	3	4
j.	rozvoj lékařů i personálu, získávání znalostí a zkušeností	1	2	3	4
k.	spolupráci mezi lékaři, týmovou práci	1	2	3	4
l.	citlivost vůči zaměstnancům, podporu a empatii k jejich potřebám	1	2	3	4

9. 6. 1. Faktorová analýza

Jednou z metod, kterou se můžeme blíže podívat na měřicí nástroj organizační kultury, je faktorová analýza. Cílem explorativní faktorové analýzy je „*analyzovat korelace většího množství měřitelných (manifestních) proměnných a na základě této analýzy určit skupiny proměnných, které statisticky „patří k sobě“, tj. za kterými stojí společný faktor (latentní proměnná)*“ (Škaloudová

2010). Mým cílem je pomocí faktorové analýzy¹⁵ ověřit předpoklad existence čtyř latentních dimenzí organizační kultury.

Čtyř-faktorové řešení vyčerpává 64 % variability dat. Protože předpokládáme korelaci extrahovaných faktorů, použili jsme šikmou rotaci (metodu Oblimin). Rotované řešení odhaluje menší nedostatky v měřicím nástroji. Ani šikmá rotace totiž nerozdělila jednoznačně některé položky do předpokládaných faktorů. Jako problémové se ukázaly položky *f* a *h*. Položka *f* („Naše klinika klade důraz na...koordinaci, organizaci práce.“) byla sycena stejně vysoko třemi faktory. Položka *h* („Naše klinika klade důraz na...tok informací uvnitř kliniky) byl sycena dvěma faktory.

Tabulka 9: Výsledky faktorové analýzy

Otázka	FAKTOR			
	1	2	3	4
a. inovace, změny, pokrok	0,912	0,047	-0,010	-0,019
b. hledání nových technologií, léčebných postupů	0,774	0,097	-0,003	-0,080
c. pružnost vůči pacientům, zdravotním pojišťovnám	0,362	0,137	0,089	-0,280
d. výsledky, efektivitu, náklady	-0,052	0,077	0,013	-0,811
e. realizaci cílů, úkolů kliniky	0,231	-0,046	0,102	-0,609
f. koordinaci, organizaci práce	0,146	0,285	0,273	-0,293
g. standardizaci, postupy a vnitřní pravidla	0,214	-0,129	0,629	-0,122
h. tok informací uvnitř kliniky	0,205	0,415	0,436	0,066
i. dokumentaci a administrativu	-0,127	0,080	0,598	-0,023
j. rozvoj lékařů i personálu, získávání znalostí a zkušeností	0,170	0,553	0,041	-0,161
k. spolupráci mezi lékaři, týmovou práci	-0,084	0,782	0,011	-0,129
l. citlivost vůči zaměstnancům, podporu a empatii k jejich potřebám	0,107	0,794	0,006	0,075
Extraction Method: Principal Axis Factoring Rotation Method: Oblimin with Kaiser Normalization. Structure Matrix				

Faktorová analýza ukazuje, že měření modelu námi modifikovaným nástrojem není zcela ideální. Ačkoliv faktory vyčerpávaly uspokojivý podíl variance dat, šikmé rotování dokázalo nejasnou příslušnost některých položek k faktorům. Jinými slovy čtyři extrahované faktory nebyly vždy jasně syceny těmi položkami, o nichž to CVF předpokládá. Analýza dobře vydělila pouze první faktor, faktor adhokratické kultury, který vysoko sytí položky *a* a *b* („Naše klinika klade důraz na...inovace, změny, pokrok“ a „Naše klinika klade důraz na...hledání nových technologií, léčebných postupů), relativně dobře sytí i položku *c* („Naše klinika klade důraz na...pružnost vůči

¹⁵ V práci byla použita faktorová analýza založená na metodě hlavních os (principal-axis) rotovaná metodou oblmin se stanoveným počtem faktorů.

pacientům“). Druhý faktor, faktor klanové kultury vysoko sytí položky *j*, *k*, *l* („Naše klinika klade důraz na...spolupráci mezi lékaři, týmovou práci“ a „Naše klinika klade důraz na...citlivost vůči zaměstnancům, podporu a empatii k jejich potřebám“). Téměř stejně vysoko jako faktor hierarchické kultury ale sytí také položku *h* („Naše klinika klade důraz na...tok informací uvnitř kliniky“) a položku *f* („Naše klinika klade důraz na...koordinaci, organizaci práce“), která je podobně sycena dokonce i posledním faktorem, faktorem tržní kultury. Položky *g* a *i* („Naše klinika klade důraz na... standardizaci, postupy a vnitřní pravidla“ a „Naše klinika klade důraz na...dokumentaci a administrativu“) svými faktorovými zátěžemi náleží faktoru hierarchické kultury, položky *d* a *e* („Naše klinika klade důraz na...výsledky, efektivitu, náklady“ a „Naše klinika klade důraz na...realizaci cílů, úkolů kliniky“) náleží faktoru tržní kultury.

Na základě výsledků faktorové analýzy by se dalo uvažovat o vyloučení problémových otázek *f* („koordinace, organizace práce“) a *h* (tok informací uvnitř kliniky), jejichž zařazení do faktorů bylo rozporné.

9. 6. 2. Reliabilita výzkumného nástroje

Výzkumem zkoumaný koncept – organizační kultura – je znak do jisté míry velmi abstraktní a není přímo měřitelný. Náš modifikovaný měřicí nástroj, stejně jako originální OCAI, pro měření kultury pracuje se sadou několika otázek, u kterých se očekává, že odrážejí daný koncept, to znamená, že hodnoty pozorované u těchto položek představují hodnotu latentní proměnné.

Mezipoložková reliabilita říká, že pokud chceme z několika otázek (položek) konstruovat souhrnnou škálu měla by být tato tvorba smysluplná. Tedy položky by měly měřit různé odstíny jednoho společného konstruktů. Možností, jak toto ověřit, je více, nejčastěji užívanou je Cronbachovo alfa. Teoreticky nabývá Cronbachovo alfa hodnot mezi nulou a jedničkou (respektive mezi nulou a $k/(k-1)$), tedy k jedničce se může pouze limitně blížit (Kreidel 2004).

V literatuře je doporučovaná velikost Cronbachovo alfa nad 0,7. Reliabilita položek ve všech typech kultury nabývala velmi uspokojivých hodnot (viz tabulka 10). Pod doporučenou velikost Cronbachovo alfa 0,7 jen mírně klesly položky hierarchické kultury. Na základě analýzy můžeme říci, že měřicí nástroj je reliabilní.

Tabulka 10: Velikost Cronbachovo alfa pro jednotlivé kulturní typy

Kulturní typ	Cronbachovo α
Adhokratická kultura	0,87
Tržní kultura	0,82
Hierarchická kultura	0,69
Klanová kultura	0,84

I přesto, že faktorová analýza ukázala, struktura položek nebyla zcela ve shodě s předpokládaným rozložením podle CVF, dimenze tvoří konzistentní škály, a proto lze pro zachování informací a účely této diplomové práce od nedostatků odhlédnout.

9. 6. 3. Analýza dat – třídění prvního stupně

Prvním krokem analýzy bude třídění prvního stupně, které nám umožní zobrazit základní rozložení odpovědí k jednotlivým otázkám na organizační kulturu. Z důvodu číselné logiky při zpracování dat byly škály odpovědí překódovány tak, aby větší číslo představovalo větší souhlas s položkou a nižší číslo nižší souhlas. To znamená, že po rekódování 1 = „Ne“, 2 = „Spíše ne“, 3 = „Spíše ano“ a 4 = „Ano“.

Průměr a modus u jednotlivých položek zobrazuje tabulka 11.

Tabulka 11: Průměr, modus a směrodatná odchylka odpovědí

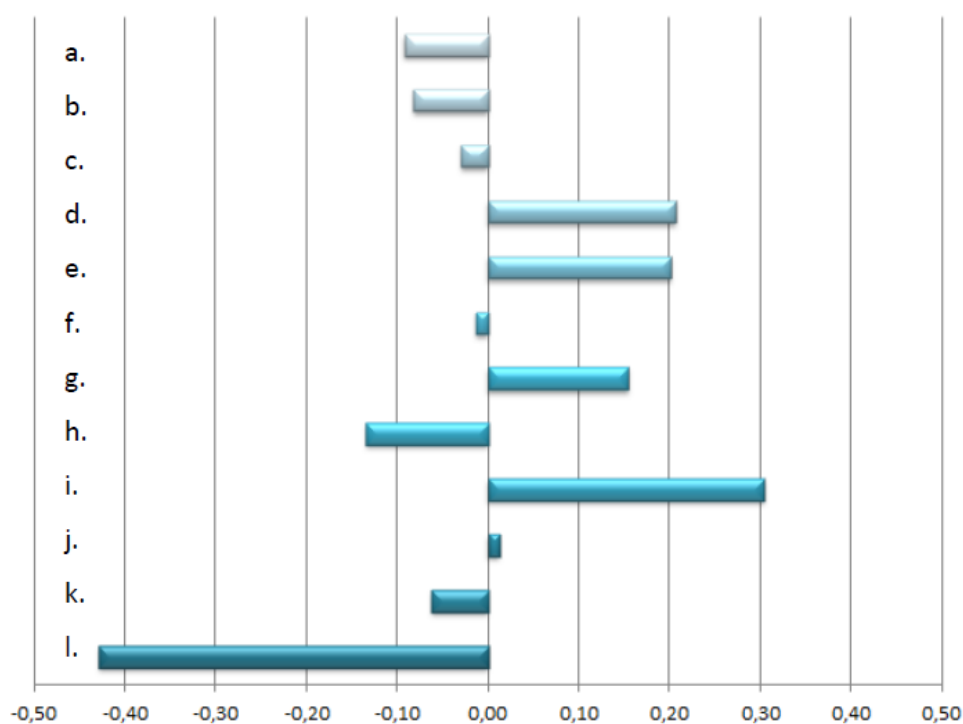
Otázka: <i>Klade Vaše klinika/oddělení důraz na...</i>	Mean	Modus	SD
a. inovace, změny, pokrok	2,94	3	0,852
b. hledání nových technologií, léčebných postupů	2,95	3	0,889
c. pružnost vůči pacientům, zdravotním pojišťovnám	3,00	3	0,746
d. výsledky, efektivitu, náklady	3,24	3	0,721
e. realizaci cílů, úkolů kliniky	3,23	3	0,678
f. koordinaci, organizaci práce	3,02	3	0,818
g. standardizaci, postupy a vnitřní pravidla	3,18	3	0,704
h. tok informací uvnitř kliniky	2,90	3	0,777
i. dokumentaci a administrativu	3,33	3	0,623
j. rozvoj lékařů i personálu, získávání znalostí a zkušeností	3,04	3	0,805
k. spolupráci mezi lékaři, týmovou práci	2,97	3	0,836
l. citlivost vůči zaměstnancům, podporu a empatii k jejich potřebám	2,60	3	0,893

Modus u všech odpovědí nabývá hodnoty 3, to znamená, že nejčastější odpověď u všech položek baterie byla odpověď „Spíše ano“. Výpočet směrodatné odchylky u jednotlivých hodnot vypovídá

o tom, jak moc se lišily jednotlivé odpovědi respondentů. Nízká směrodatná odchylka naznačuje, že se odpovědi respondentů od sebe příliš nelišily, naopak velká směrodatná odchylka signalizuje vysoký rozptyl odpovědí.

Podle respondentů Nemocnice klade nejmenší důraz na citlivost vůči zaměstnancům, podporu a empatii k jejich potřebám, naopak nejvíce se dbá na administrativu a vedení dokumentace. Pro lepší možnost porovnání jednotlivých otázek byl vytvořen graf 7. Hodnoty jednotlivých položek vznikly odečtením průměru položky od celkového průměru všech položek. Lépe tak znázorníme, které položky a kterým směrem se liší od průměru. Kromě citlivosti k zaměstnancům (l) se dále v Nemocnici nejméně klade důraz na tok informací uvnitř kliniky (h), na inovace, změnu a pokrok (a) a na hledání nových technologií a léčebných procesů (b). Naopak důležité jsou kromě administrativy a dokumentace (i) výsledky, efektivita a náklady (d), realizace cílů a úkolů (e) a standardizace, postupy a vnitřní pravidla.

Graf 7: Zdůrazňované a opomíjené aspekty organizační kultury



9. 6. 4. Analýza dat – sestavení profilu organizační kultury

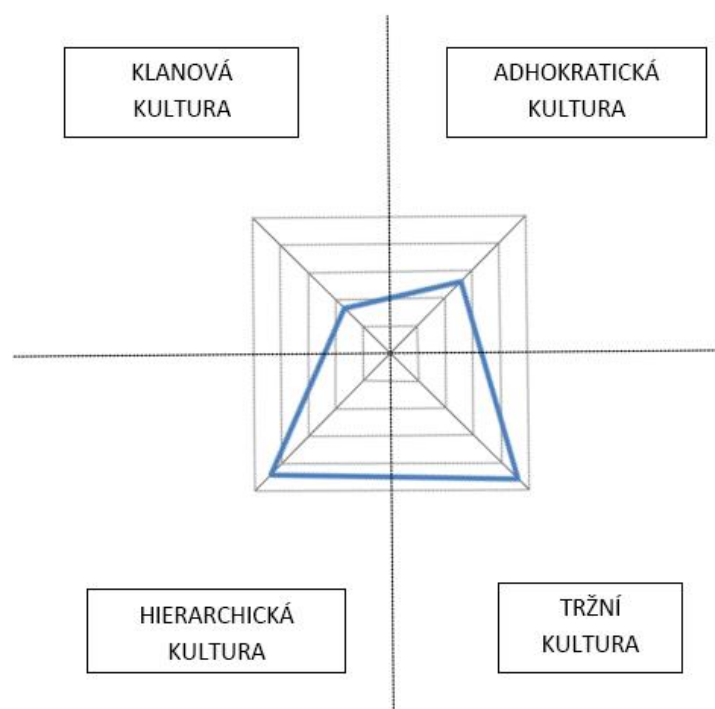
Dalším krokem analýzy bude sestavení profilu organizační kultury po vzoru Cameronova a Freemanova (1991) modelu. I přesto, že jsme v dotazníku nepoužili OCAI, originální nástroj vytvořený Cameronem a Quinnem (1999), je možné sestavit jimi navrhovaný profil organizační kultury. Zpracování profilu se zakládá na jednoduchých metodách třídění prvního stupně. Jak již bylo dříve zmíněno, baterie otázek vycházející z OCAI byla sestavena tak, aby svými formulacemi respektovala všechny čtyři kvadranty modelu CVF. Skóre pro každý kvadrant vznikne jako průměr odpovědí na otázky náležející do daného kvadrantu. Výsledné skóre pro profil organizační kultury Nemocnice znázorňuje tabulka 12.

Tabulka 12: Výsledné skóre pro jednotlivé kvadranty

adhokratická kultura	a. inovace, změny, pokrok	2,96
	b. hledání nových technologií, léčebných postupů	
	c. pružnost vůči pacientům, zdrav.pojišťovnám	
tržní kultura	d. výsledky, efektivitu, náklady	3,16
	e. realizaci cílů, úkolů kliniky	
	f. koordinaci, organizaci práce	
hierarchická kultura	g. standardizaci, postupy a vnitřní pravidla	3,14
	h. tok informací uvnitř kliniky	
	i. dokumentaci a administrativu	
klanová kultura	j. rozvoj lékařů i personálu, získávání znalostí a zkušeností	2,87
	k. spolupráci mezi lékaři, týmovou práci	
	l. citlivost vůči zaměstnancům, podporu a empatii k jejich potřebám	

Výsledné skóre následně přeneseme do grafu, který velmi přehledně znázorní profil organizační kultury.

Graf 8: Profil organizační kultury Nemocnice



Graf ukazuje, že v Nemocnici převažuje tržní a hierarchický typ kultury. Jedná se o pracovní prostředí, kde je důraz kladen především na dimenzi stability, řádu a kontroly – tedy na postupy, vnitřní pravidla a hladký chod organizace, stejně jako na efektivitu, realizaci cílů a úkolů a dobrou organizaci práce. Dbá se na formality, administrativu a dokumentaci a výsledky práce. Na druhém místě jsou pak inovativní přístupy a myšlení, snaha hledat nové technologie nebo léčebné procesy a snaha být flexibilní vůči pacientům nebo zdravotním pojišťovnám, tedy aspekty odpovídající adhokratické kultuře. Nejmenší důraz je kladen na aspekty hierarchické kultury - na rozvoj a podporu zaměstnanců, týmovou práci a spolupráci mezi lékaři.

Výsledný profil organizační kultury Nemocnice podle mého názoru koresponduje se specifiky kultur zdravotnických zařízení - tlak na řád a kontrolu v interní oblasti a primární zaměření na výsledky a efektivitu vzhledem k externímu prostředí. V nemocnicích, organizacích netržního typu, nemůžeme mluvit o trhu a tržní kultuře ve smyslu, ve kterém jsou tyto pojmy používány pro komerční sektor. Stejně jako v ziskové sféře však musí nemocnice kalkulovat se svými příjmy – rozpočtem, který je pevně daný – a náklady na léčbu, technologie a celkový provoz klinik/oddělení. Nutnost dbát na postupy, vnitřní pravidla a předávání informací je dána i profesí lékařů, kteří jsou odborně, právně i eticky odpovědní za celý proces léčby.

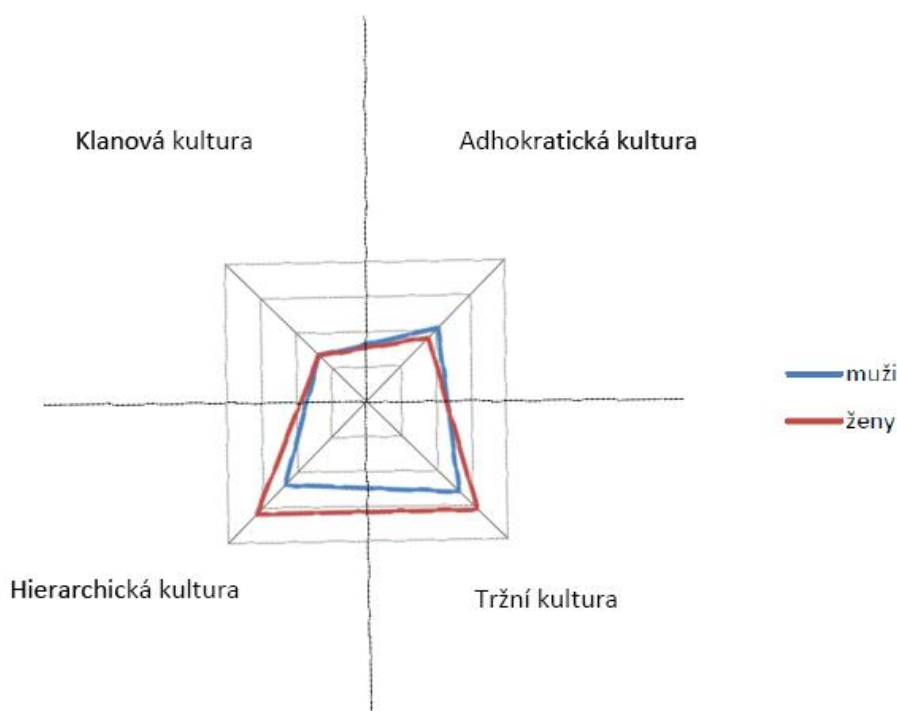
Abychom výslednou organizační kulturu popsali detailněji a lépe poznali jak je utvářena, porovnáme vnímání kultury mezi různými skupinami zaměstnanců. Skupiny byly vytvořeny

rozdělením lékařů podle demografických charakteristik (pohlaví, věk, délka zaměstnání), podle otázky zjišťující flukuační tendenci zaměstnanců a podle otázky na celkovou spokojenost lékařů se svým zaměstnáním. Statistická signifikance rozdílů mezi skupinami byla zjišťována pomocí ANOVY nebo t-testu.¹⁶

Jak vidí organizační kulturu muži a jak ji vidí ženy?

Rozdíly ve vnímání organizační kultury mezi muži a ženami znázorňuje graf 9. U žen patří mezi nejdominantnější dva typy kultur, tržní a hierarchický. I podle mužů je nejdominantnější tržní typ kultury, následovaný hierarchickým typem, síla projevu těchto kultur je ovšem nižší než u žen. Oproti ženám zdůrazňují muži prvky adhokratické kultury. Zcela shodný názor mají obě pohlaví na sílu projevu klanové kultury. Statisticky signifikantní rozdíl byl prokázán pouze u adhokratické kultury.

Graf 9: Organizační kultura Nemocnice očima mužů a očima žen



¹⁶ Použití testů není vždy zcela korektní, protože není splněn předpoklad normality rozložení dat a homogenita rozptylů. Není – li uvedeno jinak, testujeme na hladině významnosti $\alpha = 0,05$.

Jak vidí organizační kulturu mladí a starší lékaři?

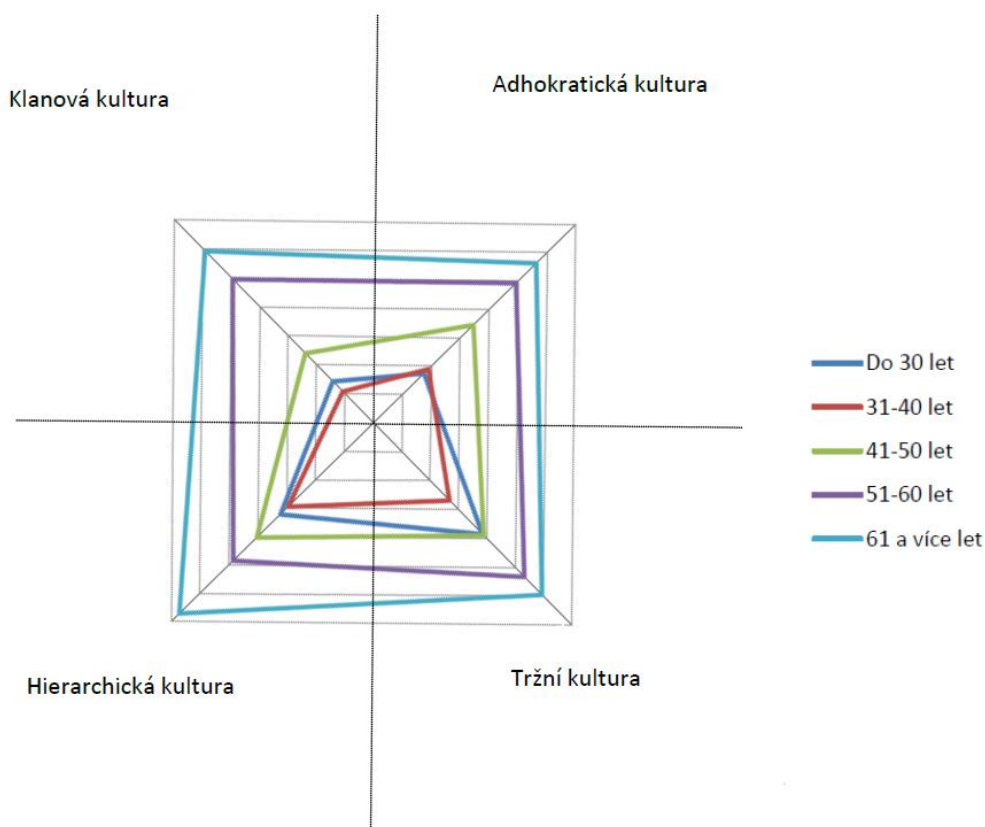
Vnímání kultury v závislosti na věku se prokázalo jako statisticky signifikantní ve všech typech kultur. Skutečně znatelné rozdíly jsou velmi dobře vidět i v grafickém znázornění (graf 10).

Mladší věkové kategorie mají daleko vyhraněnější a ostřejší názor na podobu kultury. Výrazněji nižší síla projevu kultury by se dala přisuzovat nižší interiorizaci kultury nemocnice mladými lékaři, která do jisté míry souvisí i s jejich flukтуаční tendencí. Téměř shodný profil organizační kultury mezi skupinami do 30 let a 31- 40 let odlišuje rozdílný názor na projevy tržní kultury – ta u nejmladší kategorie dominuje.

Jakousi pomyslnou hranici mezi lékaři do 40 let a lékaři nad 50 let tvoří skupina lékařů mezi 41 a 50 lety. Stejně jako kategorie do 30 let hodnotí tržní typ kultury. Nejdominantnější je však kultura hierarchická. Hodnocením síly adhokratické kultury se pak skupina přibližuje druhému pólu věkového rozložení.

„Plochá“ podoba profilu organizační kultury podle lékařů starších 50 let je způsobena tím, že oproti mladým lékařům příliš nediferencují mezi jednotlivými typy kultur. Ve věkové kategorii od 51 do 60 let jen velmi mírně dominuje tržní typ kultury. Ostatní tři typy kultury jsou vnímány téměř identicky. Navíc síla všech typů kultur je velmi vysoká. U nejstarší kategorie síla všech typů kultur ještě stoupá, těsně dominantní je hierarchická kultura.

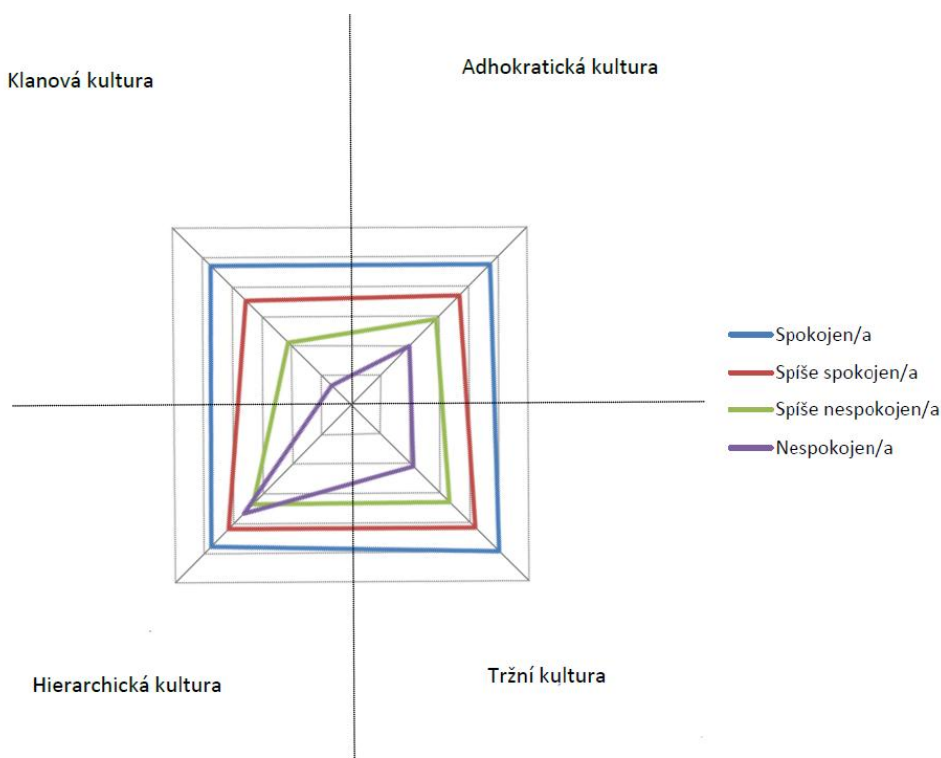
Graf 10: Organizační kultura podle věkových kategorií



Jak vidí organizační kulturu spokojení a nespokojení lékaři?

Organizační kulturu podle spokojenosti se zaměstnáním ukazuje graf 11. Čím spokojenější zaměstnanci jsou, tím silnější jsou podle nich jednotlivé typy kultur Nemocnice (statisticky signifikantní jsou rozdíly ve všech typech kultury). Zajímavost profilu organizační kultury podle spokojenosti spočívá především v pohledu nespokojených zaměstnanců (je nutné připomenout, že tuto skupinu tvoří jen necelá 3 % respondentů). Zatímco spokojení a spíše spokojení vnímají vyrovnaně všechny typy kultur, nespokojení zaměstnanci hodnotí kulturu Nemocnice jako silně hierarchickou se slabými prvky klanové kultury. Je vidět, že nespokojení lékaři se cítí až přílišný svázání nátlakem na vnitřní pravidla a postrádají kolegiálnější a rodinnější pracovní prostředí.

Graf 11: Organizační kultura očima spokojených a nespokojených lékařů

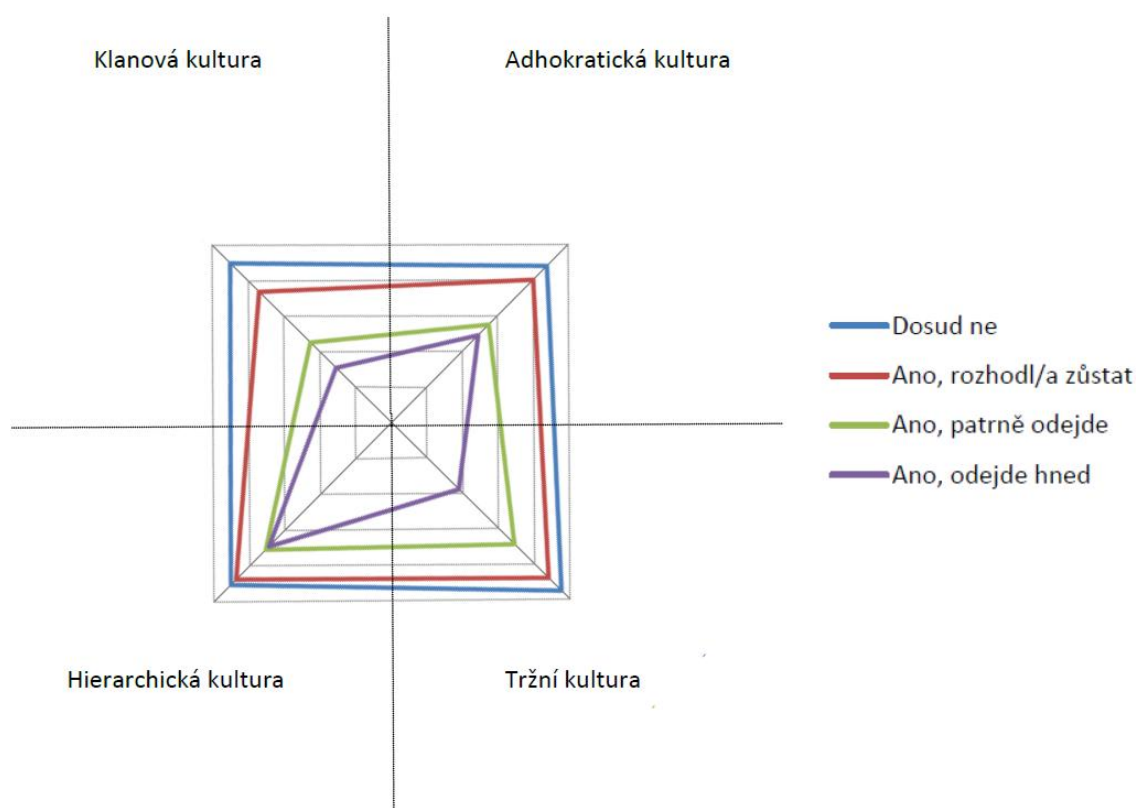


Jak vidí organizační kulturu lékaři, kteří se chystají odejít a lékaři, kteří chtějí zůstat?

Lékaři, kteří dosud neuvažovali o odchodu, nebo se rozhodli zůstat, mají velice podobné profily organizační kultury. Dominuje u nich mírně hierarchický typ kultury. Viditelně se od těchto dvou skupin liší další dvě skupiny lékařů – ti, kteří by patrně odešli v případě zajímavé nabídky a ti, kteří chtějí odejít ihned. Připomeneme-li výsledky analýzy flukuační tendence, patří do skupiny lékařů, kteří patrně v nějaké době odejdou, převážně mladší lékaři, což se odráží v hodnocení kultury touto skupinou. Oproti neuvažujícím o odchodu vnímají kulturu více diferencovaně a

celková síla kultury je nižší. Dominantním typem kultury je opět kultura hierarchická, nejméně výraznou kulturou v profilu je pak kultura klanová. Poslední skupina lékařů, kteří odejdou ihned, jak to bude možné (je nutné opět upozornit, že tato skupina je tvořena pouze malým počtem respondentů, a to 2 %), se svým profilem organizační kultury odlišuje od zbylých skupin nejvíce. Shodná zůstává v dominanci hierarchické kultury, výrazně nižší je však vnímání tržní kultury a velmi nízko jsou hodnoceny i projevy klanové kultury. Tímto je vytvořen zajímavý profil organizační kultury, protože typy kultur, které by teoreticky měly být „soupeřícími“ a očekávali bychom tedy zaměření na jeden z nich, hodnotí lékaři podobně.

Graf 12: Organizační kultura podle fluktuace

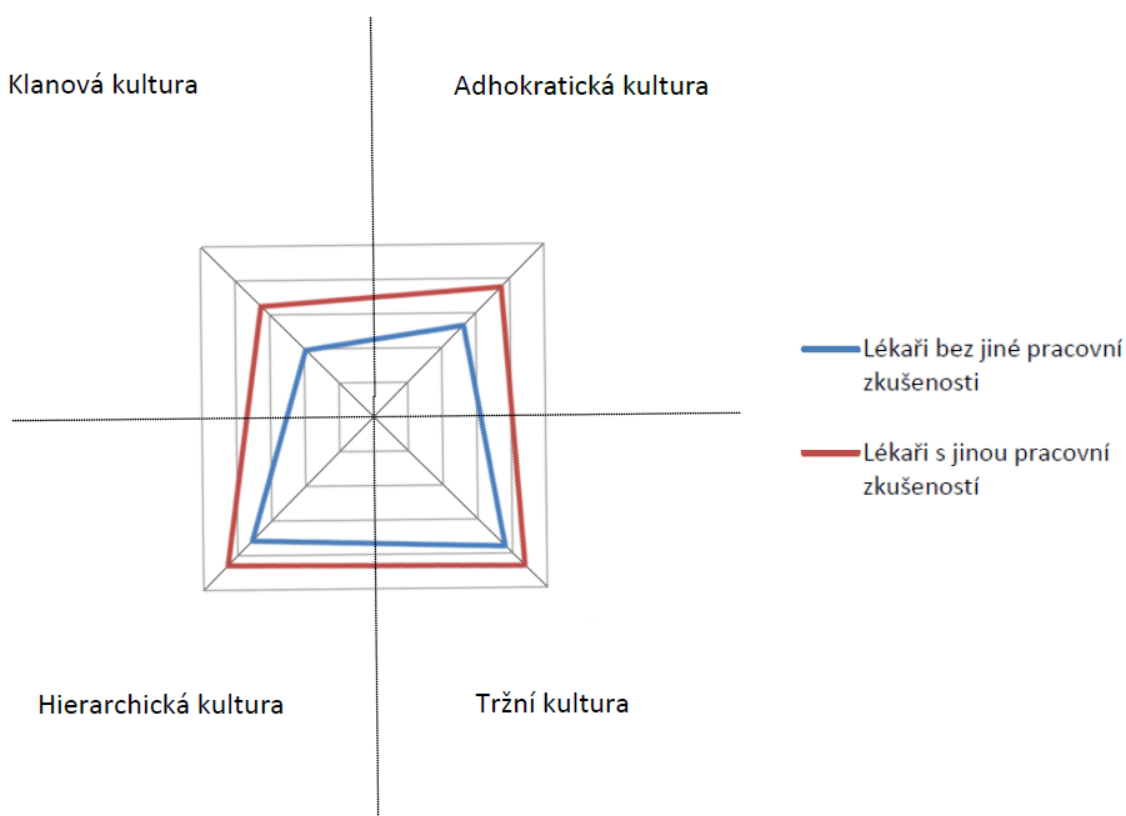


Jak vidí organizační kulturu lékaři „odchovaní“ Nemocnicí a lékaři s pracovními zkušenostmi i mimo Nemocnici?

Poslední porovnávací skupina, nazvaná skupina podle pracovních zkušeností, byla vytvořena na základě otázek o délce práce ve zdravotnictví a délce práce v Nemocnici. „Odečtením“ těchto dvou otázek od sebe vznikly dvě skupiny respondentů. První skupinu tvoří lékaři, kteří od začátku svého zaměstnání ve zdravotnictví pracují v Nemocnici (61%). Druhou skupinu tvoří lékaři, kteří

za svoji pracovní dráhu ve zdravotnictví mají více než jeden rok zkušeností v jiném zdravotnickém zařízení, než je Nemocnice (31%). Ačkoliv bychom čekali větší „kritičnost“ a schopnost diferencovat kulturu od lékařů, kteří mají pracovní zkušenosti i z jiných zdravotnických zařízení, jsou to právě lékaři pracující od začátku své praxe jen v Nemocnici, kteří hodnotí typy kultury více odlišně. Výrazně dominantní je tržní a hierarchický typ kultury, tedy zaměření na flexibilitu organizace. Kulturní profil lékařů s pracovními zkušenostmi mimo Nemocnici naopak působí dojmem „zaslepenosti“ lékařů v posuzování vlastní kultury, kterou dokazují nepatrné rozdíly ve vnímání jednotlivých typů kultur. Možným vysvětlením podoby výsledných profilů organizační kultury podle pracovních zkušeností může být i věkové složení lékařů náležejících do daných skupin. Skupinu lékařů, kteří nemají pracovní zkušenosti z jiných zdravotnických zařízení, tvoří ze 70 % lékaři do 40 let, tedy mladí lékaři, jejichž názor se na podobu organizační kultury od starších lékařů významně liší.

Graf 13: Kultura podle pracovních zkušeností



Shrnutí

V empirické části diplomové práce byla na základě modifikovaného nástroje OCAI provedena analýza organizační kultury v Nemocnici. Výsledky byly zpracovány a interpretovány tak, jak to doporučují autoři originálního nástroje. Sada otázek zkoumající organizační kulturu přitom byla součástí širšího výzkumu, který se zaměřoval na celkovou spokojenost lékařů. Zúčastnit výzkumu se mohli všichni lékaři Nemocnice vyplněním standardizovaného dotazníku.

Cílem empirické práce bylo sestavit kulturní profil a popsat sílu a typ kultury organizace. Dalším cílem bylo porovnat vnímání kultury organizace u jednotlivých skupin zaměstnanců (lékařů), přičemž skupiny lékařů byly vytvořeny na základě demografických otázek a otázek týkajících se spokojenosti se zaměstnáním a flukuační tendence.

Výsledný profil organizační kultury vytvořený na základě „průměrů z průměrů“ odpovědí na jednotlivé otázky ukázal převládající důraz organizace na dimenzi stability, řádu a kontroly, kdy nejvýše byly hodnoceny otázky *d* (3,24 bodů), *e* (3,23 bodů), které spadají do tržní kultury a *i* (3,33 bodů), která spadá do hierarchické kultury („Naše klinika klade důraz na ... výsledky, efektivitu a náklady“, „Naše klinika klade důraz na...realizaci cílů a úkolů kliniky“ a „Naše klinika klade důraz na ... dokumentaci a administrativu“). Lehce převládající je také důraz na externí zaměření oproti interní orientaci. Typ kultury bychom mohli nazvat jako tržně-hierarchický, neboť oba tyto typy kultury (tržní a hierarchický) jsou téměř stejně dominantní (3,16 a 3,14 bodů). Adhokratický kulturní typ získal 2,96 bodů, nejméně bodů bylo přisouzeno interně-flexibilnímu kvadrantu, do kterého spadá klanová kultura (2,87 bodů). Kulturu můžeme označit jako středně silnou, vzhledem k bodovým průměrům, které kolísaly mezi hodnotami 2,87 a 3,16. Nejčastější odpovědí na 4 bodové škále byla odpověď 3.

Následným porovnáváním profilů organizační kultury mezi jednotlivými skupinami lékařů se podařilo vysledovat tendence v odlišném vnímání kultury mezi muži a ženami, mezi jednotlivými věkovými skupinami, mezi lékaři uvažujícími a neuvažujícími o odchodu a mezi lékaři s odlišnou pracovní spokojeností. Signifikance rozdílů byla měřena pomocí testů rozptylu ANOVA a t-testu, vždy na hladině významnosti $\alpha = 0,05$ (s vědomím nesplnění některých předpokladů použití testů). U všech kategorií byla vždy převládajícím typem kultury buď kultura hierarchická, nebo tržní. V žádné ze skupin nepřevládal některý z typů kultury z dimenze zaměřující se na flexibilitu (tzn. kultura adhokratická nebo klanová). Organizační profil mužů a žen je podobný, ženy vnímají oproti mužům tržní a hierarchickou kulturu jako silnější, pouze kultura adhokratická je jako silnější vnímána muži. Mnohem větší rozdíly ve vnímání kultury lze pozorovat mezi věkovými skupinami. Zatímco profil organizační kultury u starších ročníků je poněkud „plochý“ v důsledku

malých rozdílů v síle jednotlivých typů kultury, mladší lékaři vnímají kulturu mnohem diferencovaněji a s daleko menší celkovou silou projevu kultury. Rozdíl mezi věkovými skupinami bychom mohli přisuzovat nižší interiorizaci kultury mladšími lékaři, která do jisté míry souvisí i s fluktuací této skupiny. V pohledu na organizační kulturu Nemocnice spokojených a nespokojených lékařů je největší rozdíl ve vnímání klanové kultury. Tu nespokojení lékaři hodnotí jako výrazně slabší oproti spokojeným lékařům a poukazují tím na nedostatek spolupráce a kolegiality v Nemocnici. Odlišné vnímání organizační kultury bylo zjištěno i mezi skupinami lékařů vytvořených na základě jejich flukтуаční tendence. Zatímco se profily organizační kultury lékařů, kteří dosud neuvažovali o odchodu a lékařů, kteří se rozhodli zůstat, téměř shodují, od skupin lékařů uvažujících o odchodu se výrazně liší, a to především v hodnocení klanové a tržní kultury. Ta je podle lékařů aktivně uvažujících o odchodu z Nemocnice daleko slabší, než podle vnímání lékařů, kteří o odchodu neuvažují. Rozdíly ve vnímání organizační kultury lékařů, kteří mají pracovní zkušenost i z jiné nemocnice a lékaři, kteří jsou celou svou pracovní kariéru v Nemocnici, jsou viditelné především u klanového a adhorkatického typu kultury.

I přesto, že faktorová analýza objevila některé nedostatky použitého výzkumného nástroje, prokázali jsme, že použitá sada otázek je reliabilní. Nesoulad ve struktuře položek by mohl být upraven vynecháním, nebo přeformulováním problémových položek. Nicméně i tak můžeme říci, že použitý nástroj je vhodný pro výzkum organizační kultury ve zdravotnickém prostředí.

9. 6. 6. Protože kvantita není vše aneb kvalitativní pohled na zkoumané subjekty

V průběhu šetření se náš výzkumný tým osobně setkával s vedením Nemocnice, vedením klinik a oddělení a s většinou lékařů Nemocnice. Mohli jsme být přítomni na interních schůzích klinik a do jisté míry se volně pohybovat v pracovním prostředí lékařů. Ačkoliv jsme s kvalitativním šetřením v plánu projektu nepočítali, nemohli naší pozornosti uniknout zjevné projevy kultury organizace během naší přítomnosti.

Následující podkapitola má za cíl nastínit základní postřehy a námitky kvalitativního rázu, jejichž zařazení je možné především díky zvolenému způsobu distribuce a sběru dat a doplnit tak výsledky kvantitativního šetření kvalitativními postřehy.

Blíže se podíváme na průběh sběru dat na 3 vybraných klinikách/odděleních. Na základě průběhu sběru dat pak popíšeme projevy jednotlivých kulturních typů na dané klinice. Závěrem se pokusíme srovnat kvalitativní závěry s kvantitativním profilem organizační kultury vybraných klinik a porovnat odlišnosti jejich kulturních typů. Z důvodu „citlivosti“ popisovaných informací, nebudu uvádět názvy klinik/oddělení.

Klinika č. 1:

Termín sběru dat na první klinice byl domluven telefonicky zaměstnankyní osobního oddělení Nemocnice s primářem kliniky na sedmou hodinu ranní, tedy na začátek ranní schůze kliniky, které se interně na všech klinikách i oddělní v Nemocnici říká „sedánek“. Paní z osobního oddělení nás odvedla na pracoviště kliniky, které se nacházelo ve staré zástavbě Nemocnice, deset minut před začátkem sedánku, nás představila panu primáři a vrátila se ke své práci. Pan primář nás s úsměvem přivítal a sdělil jeho představu průběhu sběru dat (která korespondovala s tím, jak byl pan primář žádán, aby probíhal): „Jen si vezmu poznámky a půjdeme na sedánek. My si tam nejdříve pořešíme svoje věci a pak bych vám předal slovo, představíte se a řeknete jim blíže, o co se jedná, i když jsem jim o vás už říkal. Jsme domluveni, že kdo bude moct, tak vám to vyplní na místě. Všichni tam nebudou moct zůstat, protože musí na službu, tak si to vezmou s sebou.“ V doprovodu pana primáře jsme došli na schůzi kliniky a byly jsme usazeny mezi lékaře. Kolektiv lékařů se zdál být poměrně mladý, což bylo ale způsobeno přítomností velkého množství mediků (kteří nebyli objektem výzkumu), jak jsme se dozvěděli po rozdávání dotazníků. Lékaři si na nás zvědavě, nicméně bez překvapení prohlíželi. Po ukončení schůzky týkající se medicínských záležitostí a chodu kliniky na ten den nám pan primář předal slovo: „Máme tady děvčata z Karlovy Univerzity, jak jsem vám říkal, dělají tady výzkum, ale o tom už vám víc řeknou samy. Kdo může, vyplňte to prosím vás tady a hned jim to odevzdejte, kdo musí jít, tak si to vezme s sebou a vy si to pak děvčata vyzvednete, že?“ Následně jsme se lékařům představili, řekli základní informace o výzkumu a rozdali dotazníky. „Já teda jdu a až tu budete hotové, přijďte za mnou, uděláme ten rozhovor,“ oznámil nám pan primář. Lékaři se rozmístili po místnosti a začali dotazníky bez zaváhání vyplňovat, pouze pár jich za námi s omluvou přišlo, že musejí odejít a že nám dotazníky vyplní později. Dva lékaři přišli s prosbou, zda si mohou vzít dotazníky k sobě: „Mohli bysme si to odnést k sobě ke kafičku? My vám to pak sem přineseme.“ Vyplňování dotazníku trvalo lékařům mezi 25 a 40 minutami. Dotazníky odevzdali všichni lékaři, kteří zůstali vyplňovat v místnosti i lékaři, kteří si odnesli dotazníky s sebou s příslibem, že je přinesou.

Průběh sběru dotazníků na první klinice prokázal zřejmé prvky hierarchické, adhokratické i tržní kultury. Pan primář se jevil jako velmi dobrý organizátor a člověk zaměřený na výkon: na základě instrukcí, které mu byly dány od vedení skrze paní z personálního oddělení, jasně určil úkoly a postup pro své podřízené, a to bez jakýchkoliv změn naplánovaného postupu od nás a vedení. Celý sběr proběhl velmi hladce a podle předpokládaného časového plánu. Navíc na straně zaměstnanců nebyla vidět známka odporu, nesouhlasu s příkazem, nebo dokonce strachu z nadřízeného. Jasně fungování hierarchie bylo znát jak směrem od vedení k primářovi, tak následně od primáře k řadovým lékařům. Nebylo přitom vidět, že by hierarchie byla výsledkem

jakýchkoliv diktátorských nařízení. I když nemůžeme o prostředí říci, že by bylo doslova rodinné, byl znát respekt a kolegiality projevovaná jak k nadřízeným, tak mezi lékaři („Petr tady není, on by to chtěl taky určitě vyplnit, mohl bych mu to vzít?“) Schopnost kliniky zorganizovat si „ad hoc“ jedno dopoledne „narušené“ sběrem dotazníků prokazovalo jeho flexibilitu. Vyplnění dotazníků bez zádrhelů a problémů pak připravenost lékařů plnit cíle a úkoly, jako tomu je v organizacích s dominujícími tržními prvky kultury.

Klinika č. 2:

Sběr dat na druhé klinice byl taktéž sjednán telefonicky paní z osobního oddělení s primářkou kliniky. Na sekretariát kliniky jsme tentokrát došli již sami, bez doprovodu a to v jednu hodinu odpoledne. Paní sekretářka nás usadila na křesla na chodbě s tím, že paní primářka dorazí každou chvíli. Paní primářka přiběhla ke své kanceláři 5 minut po jedné. Po podání rukou a představení řekla: „Jen si odložím věci a půjdeme jim to spolu rozdat.“ K mému velkému překvapení jsme nešli do žádné místnosti, kde by na nás čekali shromáždění lékaři. Paní primářka mě zavedla na ambulanci kliniky a „protáhla“ mě všemi místnostmi ambulance, kde jsme rozdali každému ordinujícímu lékaři dotazník zvlášť. Každou místností jsme doslova prolétli, přičemž možnost představit výzkumu prostřednictvím našeho proslovu nebyla možná. Paní primářka vzala vše do své kompetence a každému lékaři řekla v pár větách, o co se jedná: „Tohle jsou studenti z Karlovy Univerzity, mají s sebou takové dotazníky o spokojenosti lékařů, my ti to tady necháme, tak to prosím vyplň a pak to dáš na sekretariát, tam bude tahle krabice, do ní to hodíš,“ (ukazujíc na sběrný box, který jsem držela v rukách). V případě, že lékař nebyl na svém místě, položila paní primářka dotazník lékaři na stůl, se vzkazem: „Prosím vyplň a odevzdej na sekretariát.“ Reakce lékařů na prosbu primářky o vyplnění dotazníků byly shodné. Vyslechli, o co se jedná, přikývli, že se na dotazník podívají a položili si ho stranou na stůl. Nikdo z lékařů nevyplnil dotazník ihned. S primářkou jsme se domluvili, že si pro vyplněné dotazníky přijdeme za týden a poprosila jsem ji, aby všem lékařům jejich vyplnění ještě připomněla. Po týdnu byl ve sběrném boxu odevzdaný pouze jeden dotazník. Když jsem paní primářku oslovila, zda by mohla lékařům vyplnění znovu připomenout a pokusit se je přesvědčit, aby dotazníky odevzdali, její odpověď byla: „Ano, určitě, já jim to ještě připomenou, ale to víte, já je do ničeho nutit nemůžu.“ Následující tři týdny se popsaný scénář opakoval. Návratnost této kliniky byla nakonec jedna z nejnižších v celé Nemocnici.

Průběh sběru na druhé klinice také ukázal na některé rysy kultury této kliniky. Primářka byla schopná zorganizovat rozdání dotazníků pro všechny lékaře i za plného chodu oddělení a dokázala tak, jak flexibilní a pohotová její klinika je (jako tomu bývá v adhokratických typech kultur).

Nicméně způsob, jakým byly dotazníky rozdány, byl zcela odlišný od způsobu navrhovaného a vyžadovaného výzkumným týmem. Následná nízká návratnost vyplněných dotazníků a argumentace paní primářky, že nemůže nikoho nutit, odhalila nižší respekt lékařů vůči hierarchii (stejně jako zmiňované uzpůsobení sběru dat). Během rozdávání dotazníků mezi lékaři jsme si mohli všimnout v celku pohodového a příjemného prostředí. Když primářka lékaře prosila o vyplnění, působila spíše dojmem kamarádky, než nadřízené, jako tomu je v klanovém typu kultury.

Klinika č. 3:

Rozdávání dotazníků nebo spíše to co se odehrávalo po rozdání dotazníků na poslední klinice, bych označila za nejvíce specifické. Při dohadování termínu rozdání dotazníků mezi lékaře došlo k nedorozumění mezi paní z personálního oddělení a naším týmem. Původní termín, který navrhl přednosta oddělení, byl následně z důvodu jeho i primářovi nepřítomnosti na klinice v tento termín, zrušen. My jsme přesto (v domněnku, že se ruší pouze rozhovor s panem přednostou a nikoliv i rozdávání dotazníků) na sedmou hodinu ráno na sedánek dostavili. Usměvavá paní sekretářka nás vpustila do zasedací místnosti, kam se začali shromažďovat lékaři. S lékařem, který vedl ranní schůzku, jsme se domluvili, zda bychom mohli dostat na 5 minut slovo. Lékařům jsme následně plně představili probíhající výzkum a naše požadavky na vyplnění dotazníků. Lékaři byli oproti jiným klinikám nesmírně zvědaví a angažovaní a s malou mírou ironie nadšení z dotazníkového šetření u nich na klinice. Vzhledem k tomu, že nebyl přítomen nikdo z vedení kliniky, vedli s námi lékaři otevřenější, volnou diskusi na téma výzkumu. Listovali dotazníkem a dotazovali se blíže na cíle výzkumu, kdo všechno se ho účastní a zda budou také s výsledky seznámeni. Protože většina neměla šanci vyplnit dotazník hned na místě, navrhli jsme jim možnost odevzdat vyplněné dotazníky do sběrného boxu, který necháme na sekretariátu. Tento návrh se ale setkal s ohromnou vlnou nesouhlasu ze strany lékařů. Lékaři velmi pochybovali o zachování jejich anonymity, kdyby odevzdávali dotazníky na místo, kam by mělo přistup vedení kliniky. Návrh přímo komentovali: „To ani náhodou, primář by byl schopný si dotazníky vytáhnout i ze zapečetěné krabice a jeden po druhém si je přečíst.“ Dohodli jsme se tedy, že krabice bude na místnosti u lékařů. Jedna z lékařek (ve věku kolem 30 let, působící velmi suverénním dojmem) si vzala sběrný box na osobní zodpovědnost: „Já si ho vezmu k sobě, klidně si to s vedením vyříkám, kdyby se jim něco nelíbilo.“ Domluvili jsme se, že si pro dotazníky zajdeme následující týden.

Za několik dní nám rozhořčená paní z osobního oddělení volala, že pan přednosta velmi zuří, protože se dozvěděl, že byly dotazníky rozdány bez jeho přítomnosti. Nepříjemná situace byla

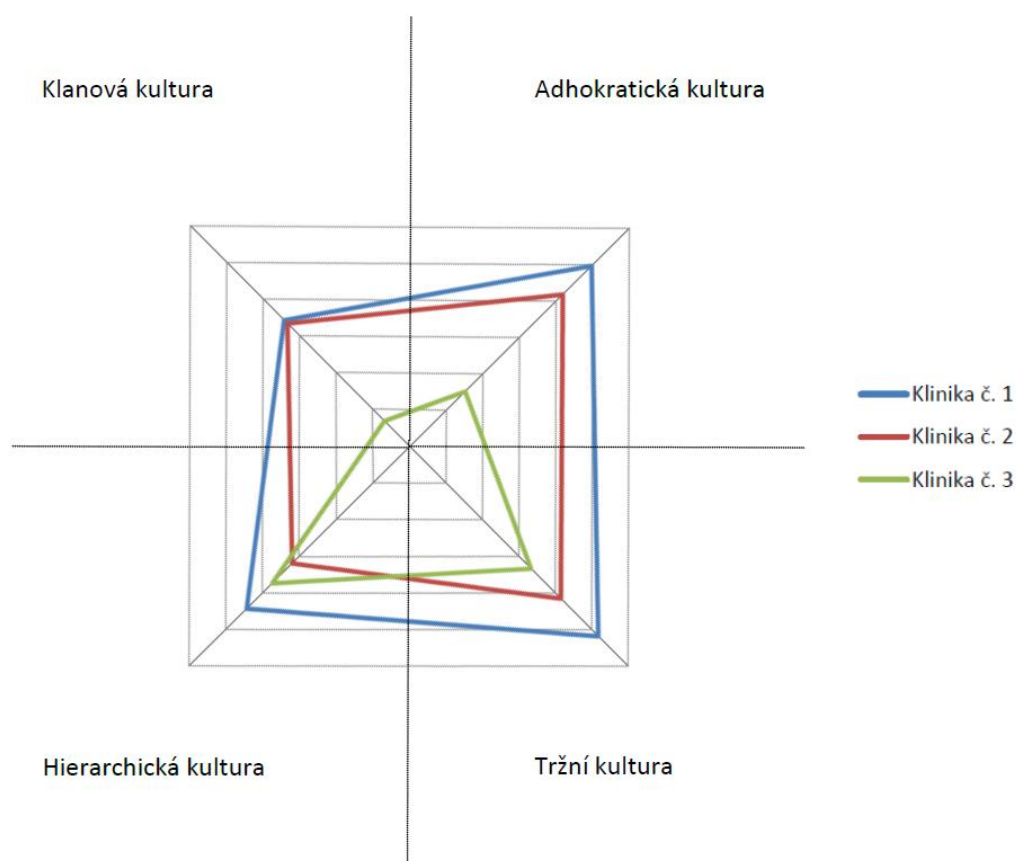
nakonec vyřešena osobní omluvou z naší strany. Když jsme přišli vyzvednout vyplněné dotazníky na kliniku, lékařka, která si vzala sběrný box na starosti, nám popisovala, že musela vyplněné dotazníky z boxu uschovat u sebe, protože se vedení kliniky dožadovalo odevzdání sběrného boxu i všech rozdaných dotazníků. Nakonec se přes veškeré potíže povedlo získat od lékařů velmi slušný počet vyplněných dotazníků.

Nedorozumění, které vzniklo, narušilo zatím bezproblémový chod výzkumného projektu a způsobilo nestandardní postup distribuce dotazníků na dané klinice. Na druhou stranu ale odhalilo prvky kultury kliniky, které by se za jiných podmínek nemuseli tak zřetelně projevit. Rozhořčení vedení kliniky, že nebyli přítomni při rozdání dotazníků lékařům, a jejich následné jednání, ukazuje na přísné zaměření vedoucích na interní kontrolu kliniky. Vnitřní hierarchie je pro ně velmi důležitá a jsou připraveni si ji chránit i vůči celé organizaci. Naopak zcela opomíjená je zde stránka lidských vztahů. Nedůvěra, strach a nejistota, která je pěstována přístupem vedení může stmelovat lékaře, ale rozhodně ne do takové podoby kultury, kterou bychom mohli nazvat jako klanovou. Vytvářet se zde můžou spíše skupiny, které nesouhlasí s postoji a způsobem vedení své kliniky, nicméně se neodvažují vystupovat v opozici a vedle nich skupiny či jednotlivci, kteří jsou odhodláni s vedením argumentovat (jako v tomto případě mladá lékařka, která přímo odmítla vedení vydat vyplněné dotazníky).

Shrnutí

Rozdíly ve vnímání kultury nejsou dány jen odlišným věkem, pohlavím, spokojeností s prací, úvahami o odchodu nebo odlišnou pracovní zkušeností. Celková kultura organizace je poskládána i z odlišných pohledů na kulturu jednotlivých klinik/oddělení a je tak velmi vzdálená prezentovanému tvrzení (nebo spíše vizi) o jednotnosti kultury celé Nemocnice. Na základě odlišností mezi 3 vybranými klinikami, zjištěných pozorováním, by se dalo velmi obecně říci, že co klinika/oddělení, to jiná subkultura (u větších klinik bychom dokonce mohli mluvit o „organizacích v organizaci“). Na tomto místě bude jistě zajímavé zkusit porovnat výsledky kvalitativního pozorování s kvantitativními výsledky a podpořit tím i domněnku o existenci subkultur pomocí srovnání kulturních profilů popisovaných klinik.

Graf 14: Graf organizační kultury 3 vybraných klinik



V grafu vidíme, že kliniky jsou svými profily organizační kultury skutečně odlišné, nejvíce pak Klinika č. 3. Profil organizační kultury Kliniky č. 1 ukazuje na větší sílu kultury oproti ostatním klinikám a zaměřením na všechny tři typy kultury zmiňované v kvalitativní části. Profil Kliniky č. 2 potvrzuje náš postřeh o nižším zaměření této kliniky na hierarchii. Konečně organizační profil Kliniky č. 3 dokazuje jasné opomíjení takových prvků, které by vedly k utváření rodinného, klanového typu kultury. Středem zájmu na této klinice je kontrola, a to především ta interní.

6. 7. Návrhy a doporučení

Analýza dat jak kvantitativním, tak kvalitativním způsobem přinesla spoustu podnětů, se kterými je možné do budoucna pracovat a dále je rozvíjet. Podržíme-li se vize vedení Nemocnice o kulturní jednotnosti organizace, plyne ze získaných výsledků několik doporučení. Za prvé je nutné ke každé klinice a jejich kultuře přistupovat jednotlivě. Každá klinika je osobitá a představuje vlastní pohled na vnímání kultury. V kvalitativní části se navíc ukázalo, jak významným činitelem v podobě jednotlivých kultur je vedení klinik, tedy primáři a přednostové. Propojení kultury a leadershipu je věcí notoricky známou a zabývá se jí mnoho autorů (např. Schein, 1990, Quinn, 1988). Pokud by management Nemocnice chtěl na této stránce zapracovat, mohl by využít

rozšířené verze CVF, ve které Quinn (1988) formuluje ideální vlastnosti vůdců pro daný typ kultury a navíc připojuje i měřicí nástroj, který identifikuje manažerské schopnosti vůdců.

Za druhé by si mělo vedení uvědomit, jaká je žádoucí podoba kultury celé organizace (kde je ideální hranice mezi flexibilitou, externím zaměřením, interní orientací a stabilitou), do jaké míry vyžaduje, aby kultura organizace byla jednotná a jak toho docílit? Grafická podoba profilu organizační kultury umožňuje podívat se, jak organizační kultury vypadá a následně se zabývat tím, jak by vypadat měla. Za tímto účelem by vedení nemocnice mohlo uskutečnit několik workshopů, buď jen s vedením klinik, nebo i s vybranými lékaři a pokusit se najít konsenzus o podobě žádoucí kultury celé Nemocnice.

Zajímavou inspirací v budování organizační kultury by mohla být Univerzitní nemocnice v jižní Kalifornii UC Irvine Medical Center, kterou jsem měla možnost navštívit během loňské studijní stáže v Kalifornii. Ve všech prostorách této nemocnice jsou k dispozici malé letáky, skrze které mají jak návštěvníci nemocnice, tak její zaměstnanci možnost upozornit vedení na „hvězdné“ činy lékařů a popřípadě poukázat na konto hrdiny i finanční odměnu (příloha 1). Vedení této nemocnice nezaměřuje svou pozornost pouze na změřitelný výkon svých zaměstnanců, který vyčtou z tabulek a statistik. Dobře si uvědomují, že chování lékařů a ostatních zaměstnanců také patří do oblasti hodných odměny a podporují vzájemnou soudržnost kolektivu možnostmi upozornit na dobrý výkon kolegy.

6. 8. Limity studie

Přestože jsme splnili výzkumné cíle, které jsme si vytyčili na začátku empirické části, je korektní závěrem této práce zmínit nedostatky realizovaného výzkumu i použitého výzkumného nástroje.

V první řadě musíme upozornit, že výzkum se týkal pouze lékařů Nemocnice a všechny závěry o podobě organizační kultury Nemocnice jsou tak formulované na základě odpovědí jen této skupiny zaměstnanců. Abychom získali zcela úplný obraz podoby organizační kultury, museli bychom do výzkumu zahrnout všechny zaměstnance Nemocnice (např. střední zdravotnický personál, technicko - hospodářské pracovníky atd.) Výzkum takového rozsahu by si však vyžadoval daleko větší výzkumný tým, nemluvě o finanční a časové náročnosti.

Za jistý nedostatek výzkumu by se dala považovat i návratnost celého výzkumu. Přestože měl výzkum plnou podporu ze strany managementu nemocnice, dosahovala návratnost necelých 44 %. Příčinou takto nízké návratnosti mohla být přiznávaná obava z porušení anonymity tohoto výzkumu a z toho plynoucích konsekvencí (i přes veškerou snahu výzkumného týmu tuto obavu vyvrátit). Další příčinou mohl být i rozsah a komplexnost dotazníků (nicméně téměř všichni

primáři a přednostové si udělali hodinu čas na rozhovor vedený podle stejného dotazníku, jaký měli vyplnit lékaři).

Samotný výzkumný nástroj je dalším bodem, který je nutno podstoupit konstruktivní kritice. Sada otázek použitá k měření kultury byla vytvořená značnou modifikací originálního měřicího nástroje OCAI vytvořeného Cameronem a Quinnem a v prostředí českého zdravotnictví byla použita zcela poprvé. Přestože jsme ověřili reliabilitu použité škály, faktorová analýza odhalila několik nedostatků v příslušnosti některých položek k daným faktorům. Pro další výzkum by bylo vhodné problémové položky buď vyloučit, nebo se pokusit o úpravu jejich formulace. Navíc byla tato sada otázek součástí rozsáhlého dotazníku, tvořeného více jak 200 položkami, jehož primárním cílem nebylo zaměření na organizační kulturu Nemocnice. Předmětem otázek by tak mohlo být, do jaké míry byli respondenti ovlivněni délkou celého dotazníku, jak moc byli vyčerpáni ve chvíli, kdy se dostali k otázkám na organizační kulturu a jak celkově otázky položené před otázkami na organizační kulturu mohly ovlivnit odpovědi respondentů na sadu otázek vztahujících se ke kultuře Nemocnice. Souhrnně můžeme tyto otázky zařadit mezi otázky, jimiž se zabývají kognitivní přístupy v metodologii průzkumu (např. Tourangeau, Roger, Lance J. Rips, Kenneth Rasinski, 2000, Schwarz, Norbert, Seymour Sudman (eds.). 1996).

Závěr

Cílem této diplomové práce bylo provést diagnostiku organizační kultury ve zdravotnickém zařízení za použití modifikovaného nástroje OCAI, který vychází z teoretického modelu CVF a na základě získaných dat sestavit profil organizační kultury vybraného zdravotnického zařízení.

Výzkumů týkajících se organizační kultury je v českém prostředí prozatím velmi málo stejně jako pokusů o aplikaci tohoto konceptu v prostředí zdravotní péče. I literatura zabývající se tímto fenoménem vzniká hlavně v zahraničí, především ve Spojených státech a Velké Británii. Teoretická část proto pojednává o teoretických základech pojmu organizační kultura, jako je historie a vývoj tohoto pojmu, definice a struktura a snaží se poskytnout přehled o zahraničních studiích zabývajících se organizační kulturou. Větší část teorie je věnována také subkulturám uvnitř organizační kultury, které jsou pro zdravotnické prostředí typické. Další významnou součástí teorie je přehled o existujících nástrojích pro měření organizační kultury s detailnějším popisem těch nástrojů, které jsou prezentovány jako nejvhodnější pro použití ve zdravotnickém prostředí. V závěru teoretické části je detailněji představen model CVF a měřicí nástroj OCAI, jehož modifikovaná verze byla použita v empirické části a probrána specifika, která se vážou k organizační kultuře ve zdravotnických zařízeních a která odlišují organizační kulturu zdravotnických organizací od kultur v organizacích jiného typu. Poslední kapitola věnovaná dění v českém zdravotnictví v posledních letech měla za cíl nastínit nutné souvislosti mezi situací ve zdravotnictví a realizovaným výzkumem, jehož součástí byl i výzkum organizační kultury.

V empirické části diplomové práce je s pomocí vědomostí nasbíraných v části teoretické provedena analýza organizační kultury a sestaven celkový profil organizační kultury Nemocnice. Profil organizační kultury (očima lékařů) odhalil na které aspekty organizační kultury je kladen důraz a které jsou naopak Nemocnicí opomíjeny. Následné porovnávání profilů organizační kultury mezi skupinami lékařů umožnilo hlubší pohled na to, jak je výsledný profil kultury utvářen.

Abychom obohatili kvantitativní výstupy šetření, připojili jsme na závěr kvalitativní postřehy z průběhu distribuce a sběru dat na třech klinikách Nemocnice. Výstupy z těchto případových studií poukázaly na některé další skutečnosti, jako je jedinečnost kultury každé kliniky/oddělení Nemocnice, čímž odhalily přítomnost subkultur v Nemocnici.

Domnívám se, že provedený výzkum organizační kultury prokázal aplikovatelnost výzkumného nástroje OCAI v prostředí českého zdravotnictví. Podařilo se odpovědět na výzkumné otázky a odhalit některé rysy v kultuře jedné z českých nemocnic. Přes rozsáhlost výzkumu, byla

prozkoumána jen jedna část kultury celé nemocnice a jen velmi malá část kultury českého zdravotnictví. Otevírá se před námi tedy spousta dalších možností v aplikaci zvoleného přístupu. Ať už v prostředí již zkoumané nemocnice na ostatních skupinách zaměstnanců (sestry, THP), tak v dalších českých nemocnicích a jiných zdravotních zařízeních.

Seznam použité literatury

ALLAIRE, Y., FIRSIROTU, M. 1984. Theories of organizational culture. *Organization Studies*. 1984, vol. 5, s. 193-226.

ALVESSON, M. 1995. *Cultural Perspectives on Organisations*. Cambridge: Cambridge University press. 1995.

ARGYRIS, CH. 1964. *Integrating the Individual and the Organization*. Hoboken, N. J.: Wiley, 1964.

BARNARD, CH. I. 1938. *The Functions of the Executive*. Cambridge, MA: Harvard University Press. 1938.

BARNEY, J. 1995. Looking inside for competitive advantage. *Academy of Management Executive*. 1995, vol. 9, no. 4, s. 59-60.

BEDRNOVÁ, E., NOVÝ, I. a kol. 2009. *Psychologie a sociologie řízení*. Praha: Management Press, 2009.

BROOKS, I. 2003. *Firemní kultura: jedinci, skupiny, organizace a jejich chování*. Praha: Computer Press, 2003.

BROWN, A. 1995. *Organizational Culture*. London: Pitman. 1995.

BUCKINGHAM, M., COFFMAN, C. 2000. *First Break All the Rules*. London: Simon and Schuster, 2000.

CAMERON, K. S. 2004. A process for Changing Organizational Culture. *The Handbook of Organizational Development*. 2004.

CAMERON, K. S., ETTINGTON, D. R. 1988. The Conceptual Foundations of Organizational Culture.” In John C. Smart (ed.), *Higher Education: Handbook of Theory and Research*, vol. 4. Norwell, Mass.: Kluwer, 1988.

CAMERON, K. S, FREEMAN, S. J. Cultural Congruence, Strength, and Type: Relationships to Effectiveness. *Research in Organizational Change and Development*. 1991, vol. 5, s. 23–58.

CAMERON K. S., QUINN, R. E. 2006. *Diagnosing and Changing Organizational Culture: Based on the Competing Values Approach*. San Francisco: Jossey-Bass, 2006.

CAMPBELL, J., BROWNAS, E. A., PETERSON, N. G., DUNNETTE, M. D. 1974. *The Measurement of Organizational Effectiveness: A Review of Relevant Research and Opinion*. Minneapolis: Navy Personnel Research and Development Center, Personnel Decision, 1974.

CHILD, J., FAULKNER, D. 1998. *Strategies of Co-operation: Managing Alliances, Networks, and Joint Ventures*. Oxford: Oxford University Press. 1998.

COELING, H., SIMMS, L. 1993. 'Facilitating Innovation at the Nursing Unit Level through Cultural Assessment, Part 1: How to Keep Management Ideas from Falling on Deaf Ears. *Journal of Nursing Administration*, 1993, vol. 23, s. 46–53.

CYERT, R., MARCH, J. 1963. *A Behavioral Theory of the Firm*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall. 1963.

DEAL, T. E., KENNEDY, A. A. 1982. *Corporate Cultures: The Rites and Rituals of Corporate Life*. Reading, MA: Addison-Wesley Publishing Co. 1982.

DENISON, D. R. 1990. *Corporate Culture and Organizational Effectiveness*. Hoboken, N. J.: Wiley, 1990.

DENISON, D. R., SPREITZER G. M. 1991. Organizational Culture and Organizational Development: A Competing Values Approach. *Research in Organizational Change and Development*. 1991, vol. 5, s. 1-21.

GLADKIJ, I. A kol. 2003. *Management ve zdravotnictví*. Brno: Computer Press, 2003.

GLASER, S., ZAMANOU, S., HACKER, K. 1987. Measuring and Interpreting Organizational Culture. *Management Communication Quarterly*. 1987, vol. 1, no. 2, s. 173–98.

GOODRIGE, D., HACK, B. 1996. Assessing the Congruence of Nursing Models with Organizational Culture: A Quality Improvement Perspective. *Journal of Nursing Care Quality*. 1996, vol. 10, no. 2, s. 41–8.

HAMPTON – TURNER, CH. 1981. *Map sof the Mind*. Old Tappan, N.J.: Macmillan, 1981.

HARRISON, R. 1975. Diagnosing Organization Ideology. In: JONES, J., PFEIFFER, J., editors. *Annual Handbook for Group Facilitators*. La Jolla, CA: University Associates; 1975, s. 101–7.

HARRIS, L. C., OGBONNA, E. 2002. The unintended consequences of culture interventions: a study of unexpected outcomes. *British Journal of Management*. 2002, vol. 13, s. 31-49.

HARRISON, S., HUNTER, D. J., MARNOCH, G., POLLIT, C. 1989. General management and medical autonomy in the National Health Service. *Health Services Management Research*. 1989, vol. 2, no. 1, s. 38-46.

HARRISON, S., HUNTER, D. J., MARNOCH, G., POLLIT, C. 1992. *Just Managing: Power and Culture in the National Health Service*. London: Macmillan, 1992.

HARRISON, S., NUTLEY, S. M. 1996. Proffesion and management in the public sector: the expirience of local government and the NHS in Britain, in LEOPOLD, I. G., HUGES, M. *Beyond Reason? The National Health Service and the Limits of Management*. Aldershot: Avebury, 1996.

HOFSTEDE, G. et al. 1990. Measuring Organizational Cultures: A Qualitative and Quantitative Study Across Twenty Cases. *Administrative Science Quarterly*. [online] 1990, vol. 35, no. 2, s. 286-316.

<<http://links.jstor.org/sici=00018392%28199006%2935%3A2%3C286%3AMOCAQA%3E2.0CO%3B2-8>>

IVANOVÁ, K. 2006. *Základy etiky a organizační kultury v managementu zdravotnictví*. Brno: NCO NZO, 2006.

JONES, C., DEWING, I. 1997. The attitudes of NHS clinicians and medical managers towards changes in accounting controls. *Financial Account-ability and Management*. 1997, vol. 13, s. 261-280.

JANDOUREK, J. 2001. *Sociologický slovník*. Praha: Portál, 2001.

JORDAN, A. T. 1994. Organizational Culture: The Anthropological Approach. *National Association for the Practice of Anthropology Bulletin*. 1994, vol 14, no. 1, s. 3–16.

JUNG, Carl G. 1923. *Psychological types*. London: Routledge, 1923.

JUNG, T. S., SCOTT, T., MANNION, R., DAVIES, H. T. O., et al. 2009. Instruments for Exploring Organizational Culture: A Review of the Literature. *Public Administration Review*. 2009, vil. 69, no. 6, s. 1087-1096.
Working Paper [online] 2009, <<http://www.scothub.org/culture/instruments.html>>

KREIDL, M. 2004. Metody měření reliability a validity. Socioweb [online] 2004.
<<http://www.socioweb.cz/index.php?disp=teorie&shw=153&lst=106>>

KROEEBER, A. L., KLUCKHOHN, C. 1952. *Culture: A Critical Review of Concepts and Definitions*. New York: Vintage Books. 1952.

LAWRENCE, P. R., LORSCH, J. W. 1967. *Organization and enviroment*. Cambrige, MA: Harvard Business Scholl Press, 1967.

LIKERT, R. 1970. *The Human Organization*. Old Tappan, N.J.: Macmillan, 1970.

LINCOLN, J. R. 2003. *Culture, Control, and Commitement: A Study of Work Organization and Work Attitudes in the United States and Japan*. New York: Percheron Press, 2003.

LITWINENKO, A., COOPER, C. L. 1994. The Impact of Trust Status on Corporate Culture. *Journal of Management in Medicine*. 1994, vol. 8, no. 4, s. 8–17

LIU, S. 2003. Cultures within Culture: Unity and Diversity of Two Generations of Employees in State-Owned Enterprises. *Human Relations*. 2003, vol. 56, no. 4, s. 387–417.

LUKÁŠOVÁ, R. 2010. *Organizační kultura a její změna*. Praha: Grada Publishing. 2010.

LUKÁŠOVÁ, R.; NOVÝ, I. a kol. 2004. *Organizační kultura: od sdílených hodnot a cílů k vyšší výkonnosti podniku*. Praha: Grada Publishing, 2004.

- MacKENZIE, S. 1995. Surveying the Organizational Culture in an NHS Trust. *Journal of Management in Medicine*, 1995, vol. 9, no. 6, s. 69–77.
- McKENNEY, J. L., KEEN, P. G. W. 1974. How Managers' Minds Work. *Harvard Business Review*. 1974, s. 79–90.
- MANNION R., DAVIES, H.T.O., MARTIN, N. M. 2005. *Cultures for Performance in Health Care*. UK: Open University press. 2005
- MARTIN, J. 1992. *Cultures in Organizations: Three Perspectives*. Oxford: Oxford University Press, 1992.
- MASON, R. O., MITROFF, I. I. 1973. A Program of Research in Management. *Management Science*. 1973, vol. 19, s. 475–487.
- MITROFF, I. 1983. *Stakeholders of the Organizational Mind*. San Francisco: Jossey-Bass, 1983.
- MITROFF, I. I., KILLMAN, R. H. 1978. *Methodological Approaches to Social Science: Integrating Divergent Concepts and Theories*. San Francisco: Jossey-Bass, 1978.
- MOREY, N. C., MOREY, R. V. 1994. Organizational Culture: The Management Approach. *National Association for the Practice of Anthropology Bulletin*. 1994, vol. 14, no. 1, s. 17–26.
- MYERS, I. B., BRIGGS, K. C. 1962. *The Myers-Briggs Type Indicator*. Princeton, N.J.: Educational Testing Service, 1962.
- NOVÁKOVÁ, V. 2010. Organizační kultura a její vliv na činnost organizace (Bakalářská práce). Praha: Univerzita Karlova, Filozofická fakulta, 2010.
- NOVÝ, I. a kol. 1996. *Interkulturální management. Lidé kultura a management*. Praha: Grada publishing, 1996.
- ORLÍK, J. 1988. *Řízení špičkových podniků*. Praha: TES-IHTS, 1988.
- ORMROD, S. 2003. Organizational Culture in health service policy and research ,third way' political fad or policy development. *Policy and Politics*. 2003, vol. 31, s. 227-37.
- OTT, J. S. 1989. *The Organizational Culture Perspective*. Chicago: Dorsey Press. 1989.
- OUCHI, W. G. 1981. *Theory Z: How American Business Can Meet the Japanese Challenge*. Reading MA: Addison-Wesley Publishing Co. 1981.
- PASCALE, R., ATHOS, A. 1982. *The Art of Japanese Management: Applications for American Executives*. New York: Simon & Schuster. 1982.
- PETERS, T., WATERMAN, R. 1982. *In Search of Excellence: Lessons from America's Best Run Companies*. New York: Harper and Row. 1982.
- PETTIGREW, A. M. 1979. On Studying Organizational Cultures. *Administrative Science Quarterly*. 1979, vol 24, s. 570-581.

PIAGET, J. 1932. *The Moral Development of the Child*. New York: Harcourt Brace, 1932.

QUINN, R. E. 1988. *Beyond Rational Management: Mastering the Paradoxes and Competing Demands of High Performance*. San Francisco: Jossey-Bass, 1988.

QUINN, R. E., CAMERON, K. S. *Paradox and Transformation: Toward a Framework of Change in Organization and Management*. Cambridge, Mass.: Ballinger, 1988.

QUINN, R. E., ROHRBAUGH, J. 1981. A competing values approach to organizational effectiveness. *Public Productivity Review*. 1981, vol. 5, s. 122 – 140.

QUINN, R. E., ROHRBAUGH, J. 1983. A Spatial Model of Effectiveness Criteria: Toward a Competing Values Approach to Organizational Analysis. *Management Science*. 1983, vol. 29, s. 363 – 377.

QUINN, R. E., SPREITZER, G. M. 1991. The Psychometrics of the Competing Values Culture Instrument and an Analysis of the Impact of Organizational Culture on Quality of Life. In Richard W. Woodman and William A. Pasmore (eds.), *Research in Organizational Change and Development*, vol. 5. Greenwich, Conn.: JAI Press, 1991.

RIZZO, J. A., GILMAN, M. P., MERSMANN, C. A. 1994. Facilitating Care Delivery: Redesign Using Measures of Unit Culture and Work Characteristics. *Journal of Nursing Administration*. 1994, vol. 24, s. 32–7.

SACKMANN, S. 2006. Assessment, Evaluation, Improvement: Success through Corporate Culture. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung, 2006.

SCHEIN, E. H. 1990. *Organizational Culture and Leadership*. San Francisco: Jossey Bass Publishers, 1990.

SCHEIN, E. H. 1999. *Corporate Culture - Survival Guide*. San Francisco: Jossey Bass Publishers, 1999.

SCHEIN, E. H. 2006. So How You Can Assess Your Corporate Culture. In: GALLOS, J. V. *Organization Development: A Jossey Bass Reader*. San Francisco: John Wiley and Sons, 2006.

SCHWARZ N., SUDAM, S. (eds.). 1996. *Answering questions: Methodology for Determining Cognitive and Communicative Processes in Survey Research*. San Francisco: Jossey-Bass Publisher, 1996.

SCOTT, T. J., MANNION, R., DAVIES, MARSHALL M. N. 2001. *Organisational Culture and Health Care Performance: A Review of the Theory, Instruments and Evidence*. York: Centre for Health Economics, 2001.

SCOTT T., MANNION R., DAVIES, H. T. O., MARSHALL M. N. 2003. Implementing Culture Change in Health Care: Theory and Practice. *International Journal for Quality in Health Care*. 2003, vol. 15, no. 2, s. 111-118.

- SCOTT, T. J., MANNION, R., DAVIES, MARSHALL M. N.: 2003a. *Healthcare Performance and Organisational Culture*. Oxon, UK: Radcliffe Medical Press, 2003.
- SCOTT T., MANNION R., DAVIES, H. T. O., MARSHALL M. N. 2003b. The Quantitative Measurement of Organizational Culture in Health Care: A Review of the Available Instruments. *Health Service Research*. 2003, vol. 38, no. 3.
- SEAGO, J. 1997. Organizational Culture in Hospitals: Issues in Measurement. *Journal of Nursing Measurement*. 1997, vol. 5, no. 2, s. 165–78.
- SELZNICK, P. 1957. *Leadership in Administration: A Sociological Interpretation*. New York: Harper & Row. 1957.
- SIEVEKING, N., BELLET, W., MARSTON, R. C. 1993. Employees' views of their work experience in private hospitals. *Health Services Management Research*. 1993, vol. 6, s. 129–38.
- SMIRCICH, L. 1983. Concepts of culture and organization analysis. *Administrative Science Quarterly*. 1983, vol. 28, s. 339-358.
- STEVENSON, K. 2000. Are Your Practices Resistant to Changing Their Clinical Culture? *Primary Care Report*. 2000, vol. 2, no 5, s. 19–20.
- Svaz zdravotních pojišťoven ČR. 2005. *Návrh systémových změn veřejného zdravotního pojištění v ČR*. [online] 2005.
<<http://www.czf.cz/clanek/projekty-czf>>
- SVOBODA, M. 1999. *Psychologická diagnostika dospělých*. Praha: Portál, 1999.
- ŠIGUT, Z. 2004. *Firemní kultura a lidské zdroje*. Praha: ASPI Publishing, 2004.
- TOURANGEAU, R., RIPS, L. J, RASINSKI K. 2000. *The Psychology of Survey Response*. Cambridge: Cambridge University Press, 2000.
- TRICE, H., BEYER, J. M. 1990. *The Cultures of Work Organizations*. Upper Saddle River, N. J.: Prentice Hall, 1990.
- THOMPSON, J. D. 1967. *Organizations in Action*. New York: McGraw-Hill, 1967.
- TUCKER, R., et al. 1990. Can Questionnaires Objectively Assess Organizational Culture? *Journal of Managerial Psychology*. 1990, vol. 5, no. 4, s. 4–11.
- TURECKIOVÁ, M. 2009. *Organizační chování: Teoretická východiska a trendy personálního managementu*. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2009.
- WALKER, H., SYMON, G., DAVIES, B. 1996. Assessing Organizational Culture: A Comparison of Methods. *International Journal of Selection and Assessment*. 1996, vol. 4, s. 96–105.
- WILLIAMSON, O. 1975. *Markets and Hierarchies, Analysis and Antitrust Implications: A Study in the Economics of Internal Organization*. New York: Free Press, 1975.

YAUCH, CH. A., STEUDEL, H. J.. 2003. Complementary Use of Qualitative and Quantitative Cultural Assessment Methods. *Organizational Research Methods*. 2003, vol. 6, no. 4, s. 465–81.

YEUNG, A. K. O., BROCKBANK, J. W., David O. U. 1991. Organizational Culture and Human Resources Practices: An Empirical Assessment. In Richard W. Woodman and William A. Pasmore (eds.), *Research in Organizational Change and Development*, vol. 5. Greenwich, Conn.: JAI Press, 1991.

ZAMMUTO, R. F., KRACKOWER, J. Y. 1991. Quantitative and Qualitative Studies of Organizational Culture.” In Richard W. Woodman and William A. Pasmore (eds.), *Research in Organizational Change and Development*, vol. 5. Greenwich, Conn.: JAI Press, 1991.

URL: < <http://www.dekujeme-odchazime.cz/> > [citováno 15.8. 2012]

URL: < <http://zpravy.e15.cz/domaci/udalosti/zapomente-na-dekujeme-odchazime-lok-slibuje-jeste-vetsi-protesty-775106> > [citováno 10.8. 2012]

Přílohy:

Příloha 1



Please take the time to recognize and
thank your colleagues who are
"The Stars Among Us" ~ those who
make a difference to all of us each day.

Today's date: _____

Name of "Star" staff member or physician:

Where does he/she work:

Please share your story of your colleague:

*Please deposit this card in the collection boxes
throughout UC Irvine Medical Center or send to
Human Resources at mail route 114.*

HEROES *in* HEALTHCARE

Grateful patients often seek ways to express their support and appreciation for the care they've received from the team of medical professionals at UC Irvine Medical Center.

We believe that it is important to acknowledge these exceptional physicians, nurses and employees – our everyday “Heroes in Healthcare.”

We look forward to honoring our patients' triumphs and courage and those who make a difference in their care.

MAKE *a* GIFT

We hope that you will take a moment to express your appreciation. Please make a gift in your hero's name, and share your grateful patient story.

Every gift helps UC Irvine Medical Center fulfill our commitment to Discover. Teach. Heal.

THINKING ABOUT BECOMING *a* HERO?

Why not volunteer?

☐ Yes. I am interested in making a difference by volunteering at UC Irvine Medical Center. I have included my contact information so that one of your friendly staff can contact me.

HEALTH AFFAIRS ADVANCEMENT
UNIVERSITY OF CALIFORNIA, IRVINE
333 CITY BOULEVARD WEST, SUITE 605
ORANGE, CA 92868

heroesinhealthcare@uci.edu
714.456.3788 | 714.456.3703 fax

SHARE YOUR 'HEROES *in* HEALTHCARE' STORY

I AM A:

☐ Grateful patient ☐ Grateful family member

☐ Other _____

WHO AND/OR WHICH DEPARTMENT WOULD YOU
LIKE TO RECOGNIZE:

Tell us your story in the envelope provided.
Should you need more room, feel free to use as
many additional pages as you wish.

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

HERO TRIBUTE

I WOULD LIKE MY GIFT TO BE MADE IN HONOR OF:

I WOULD LIKE MY GIFT TO BE MADE IN MEMORY OF:

ENCLOSED IS MY CHECK MADE PAYABLE TO:
UCI FOUNDATION

☐ \$250 ☐ \$100 ☐ \$75 ☐ \$50 ☐ \$25☐ Other _____

I WOULD LIKE MY GIFT TO BENEFIT:

□ UC Irvine Medical Center

☐ Other _____

I WOULD LIKE TO PAY BY:

☐ Check ☐ VISA ☐ MC ☐ AmEx ☐ Discover

Card #:

Exp. Date: _____

Signature: _____

PLEASE PRINT YOUR CONTACT INFORMATION:

Title: ☐ Mr. ☐ Mrs. ☐ Ms. ☐ Dr.

Name: _____

Address:

City: _____

State: _____

ZIP: _____

Home Tel: _____

Cell: _____

E-mail: _____

☐ Yes. Please share my grateful patient story about my *Hero in Healthcare* in your newsletters and other publications.